

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI- JA TERVEYSALA

AVANNEPOTILAAN HOITO JA OHJAUS
Ohutsuoliavannepotilaan ohjauskansio Länsi-Pohjan
Keskussairaalalle

Opinnäytetyö
Kaisa Vuokila
Kristiina Mäki-Jokela
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Kemi 2012

TIIVISTELMÄ
KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja Terveystieteiden koulutusyksikkö
Hoitotyönkoulutusohjelma
Sairaanhoitaja

KRISTIINA MÄKI-JOKELA & KAISA VUOKILA:
AVANNEPOTILAAN HOITO JA OHJAUS
Ohutsuoliavannepotilaan ohjauskansio Länsi-Pohjan Keskussairaallalle
Opinnäytetyö 42 sivua, 4 liitettä
Ohjaajat Anja Mikkola & Annette Suopajarvi

19.04.2012

Asiasanat: Ohutsuoliavanne, potilasohjaus, kriisi

Opinnäytetyönä tekemämme ohutsuoliavannepotilaan ohjauskansio on tuotannollinen projekti. Projektin tavoite on tuottaa ohjauskansio ohutsuoliavanteesta Länsi-Pohjan Keskussairaalan avannehoitajan käyttöön. Kansio tuotetaan potilasohjauksen työvälineeksi. Kansion tarkoitus on antaa ohutsuoliavannepotilaalle tietoa elämästä ohutsuoliavanteen kanssa.

Projektimme lähtökohta oli Länsi-Pohjan keskussairaalan avannehoitaja Jaana Ylimäisen tarve ohutsuoliavanneleikatun ohjauskansiolle. Länsi-Pohjan keskussairaallassa ohutsuoliavanneleikattujen määrä on ollut viime vuosina kasvussa. Vastaavaa ohutsuoliavanneleikatun ohjaukseen tarkoitettua kansiota ei ole aiemmin ollut saatavilla. Työmenetelmänä käytimme alan kirjallisuutta ja internetiä. Myös avannehoitajan ammattitaito ja kokemus on ollut käytettävissämme koko projektin ajan. Olemme hyödynneet hänen neuvojaan ja toimittamaansa materiaalia.

Projekti koostuu teoriaosasta sekä ohjauskansiosta. Teoriaosassa käymme läpi anatomiaa ja fysiologiaa, sairauden aiheuttamaa kriisiä sekä avannepotilaan hoitoa ja ohjausta. Opaskansiossa kerromme ohutsuoliavannepotilaan elämästä avanteen kanssa. Käsittelemme mm. ohutsuoliavannepotilaan ravitsemusta, ihonhoitoa, sosiaalisuutta ja seksuaalisuutta. Projektin johtopäätöksenä toteamme, että avannepotilas tarvitsee ohjausta ja tietoa avanteen vaikutuksista jokapäiväiseen elämään. Ohjauskansio auttaa avannehoitajaa ohjaustilanteessa. Kansio yhdenmukaistaa ohutsuoliavanneleikattujen saamaa ohjausta. Ohjauskansio menee Länsi-Pohjan Keskussairaalan avannehoitajan käyttöön. Kansio toimitetaan sekä paperisena, että sähköisenä versiona muistitikulle tallennettuna. Sähköisen tallenteen ansiosta Länsi-Pohjan Keskussairaallalla on mahdollisuus päivittää kansion tietoja tarvittaessa. Ohutsuoliavanteista saadaan jatkuvasti uutta tutkimustietoa, joten päivitysmahdollisuus on tarpeellinen. Lisäksi muutoksia voi tapahtua esim. kansiossa esitetyissä puhelinnumeroissa tai avannehoitajan vastaanottoajoissa.

ABSTRACT
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Unit of Social- and Health Care and Nursing
Degree program in nursing

KRISTIINA MÄKI-JOKELA & KAISA VUOKILA
Stoma patient's care and instruction
Guide folder for ileostomy patients for Central Hospital in Länsi-Pohja

Bachelor's Thesis 42 pages, 4 appendices
Advisors: Anja Mikkola & Annette Suopajarvi

19.04.2012

Keywords: ileostoma, patient guidance, crisis

Our thesis project was to produce an ileostoma patient guidebook for stoma nurse at the Länsi-Pohja central hospital. The guide is provided as a tool assisting both patient instruction and informing patients on the effects of an ileostoma on their everyday lives.

The starting point for the project was provided by stoma nurse Jaana Ylimäki who expressed a need for such a guidebook due to the steadily rising number of ileostoma patients at Länsi-Pohja in recent years. We have used her professional expertise and experience, which she has graciously provided throughout the project, to produce the material for our guidebook.

The thesis consists of a section on theory in addition to the guidebook. In the theory section we consider relevant anatomy and physiology as well as the care and instruction of an ileostoma patient. The guidebook focuses on the effects of an ileostoma on the patients' life including nutrition, skin care, sexuality and medical welfare benefits. The guidebook is provided both in printed form and as an electronic document. Ongoing and future studies on ileostoma as well as changes in contact information of stoma nurses create a need for updating the document. The electronic version can in such cases be updated on site at Länsi-Pohja central hospital.

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO	5
2	OHUTSUOLIAVANNNE.....	6
2.1	Ruuansulatuselimistö.....	6
2.2	Ohutsuoli	8
2.3	Paksusuoli.....	10
2.4	Suoliavanteet eli enterostoomat.....	11
3	OHUTSUOLIAVANNNEPOTILAAN HOITO JA OHJAUS	15
3.1	Potilasohjaus.....	17
3.2	Leikkaukseen valmistautuminen	16
3.3	Avanteen sidonta ja hoito	17
3.4	Ravitsemusohjaus	20
4	SAIRAUDEN AIHEUTTAMA KRIISI JA TUKIJÄRJESTELMÄT	25
4.1	Kriisin vaiheet	25
4.2	Avanneleikatun taloudelliset tuet	26
4.3	Potilasjärjestöt	28
4.4	Ohutsuoliavanneleikatun seksuaalisuus	29
5	PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN	32
	POHDINTA	36
	LÄHTEET.....	38
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

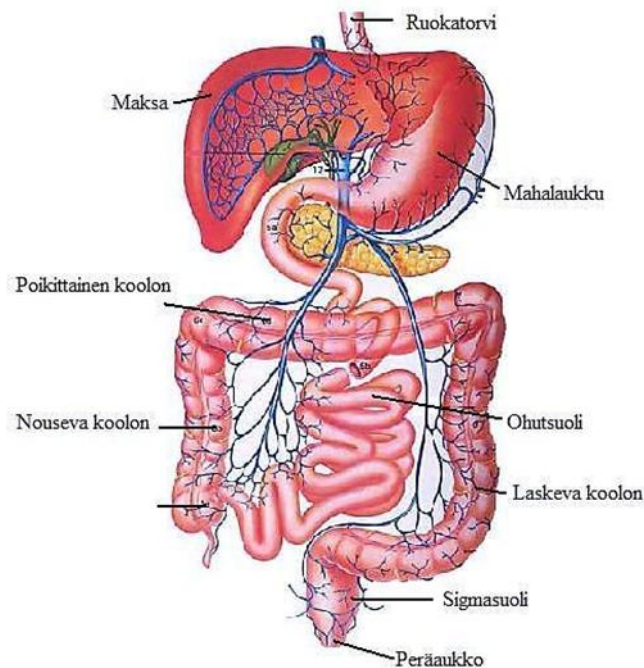
Suomessa avanneleikattuja on yli 5000, ja vuosittain avanneleikkauksia tehdään n. 800. Näistä paksusuoliavanteita on 62 %, ohutsuoliavanteita 32 % ja virtsa-avanteita 6%. Avanteista 60 % on pysyviä ja loput 40 % väliaikaisia. Avanneleikkaukseen johtavia syitä on useita. Avanteita tehdään kaiken ikäisille, ja syynä avanneleikkaukseen voi olla esimerkiksi syöpä, tulehduksellinen suolistosairaus, kuten Chrohnin tauti, tai trauma. (Seikku & Remes 2005; Liukkonen & Hokkanen 2003, 12.)

Riippumatta siitä, onko avanneleikkaus suunniteltu vai päivystyksellinen, on avannepotilaalle aina suuri elämänmuutos. Hoidon ja kuntoutumisen onnistumisen kannalta laadukas ohjaus on ensiarvoisen tärkeää. Länsi-Pohjan Keskussairaalaossa avannepotilaiden ohjauksesta vastaa pääsääntöisesti avannehoitaja. Avannehoitaja ei kuitenkaan ole aina tavoitettavissa, joten on tärkeää, että myös muilla kirurgisen osaston työntekijöillä on valmiudet avannepotilaan ohjaukseen. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 44 – 45.)

Projektin tavoite on tuottaa käytännöllinen ohjauskansio ohutsuoliavanteesta Länsi-Pohjan keskussairaalan avannehoitajan käyttöön. Ohjauskansio tuotetaan potilasohjauksen työvälineeksi. Aiemmin vastaavaa ohutsuoliavanneleikatun ohjaukseen tarkoitettua selkeätä ja johdonmukaista kansiota ei ole ollut saatavilla. Ohjauskansion tarkoitus on antaa ohutsuoliavannepotilaalle tietoa elämästä ohutsuoliavanteen kanssa. Toivomme, että opaskansiomme avulla avanneleikatut ymmärtävät, että avanteesta huolimatta he pystyvät elämään täysipainoista elämää, olemaan mukana työelämässä ja harrastamaan ja liikkumaan normaalisti.

2 OHUTSUOLIAVANNE

Ruuansulatuselimistö (kuva 1) muodostuu maha-suolikanavasta ja sisäelimistä, jotka tuottavat ruuansulatusnesteitä. Maha-suolikanavaan kuuluu suuontelo, nielu, ruokatorvi, mahalaukku, ohut- paksu- ja peräsuoli sekä peräaukko. Ruuansulatusnesteitä tuottavia sisäelimiä ovat maksa, haima ja sylkirauhaset. Ruuansulatuskanavassa ravintoaineet pilkkoutuvat, imeytyvät, ja lopulta sulamattomat ravintoaineet poistuvat peräaukon kautta. Ruuansulatuselimet osallistuvat ruuansulatuksen lisäksi ravinnon varastointiin, kuona-aineiden poistoon, hormonien tuottamiseen ja immuunireaktioihin, sillä ohutsuolessa on runsaasti imukudosta. (Nienstedt & Hänninen & Arstila & Björkqvist 2006, 265, 323; Bjälie & Haug & Sand & Sjaastad & Toverud 1999, 322 – 323.)



Kuva 1. Ruuansulatuselimistön rakenne.

2.1 Ruuansulatuselimistö

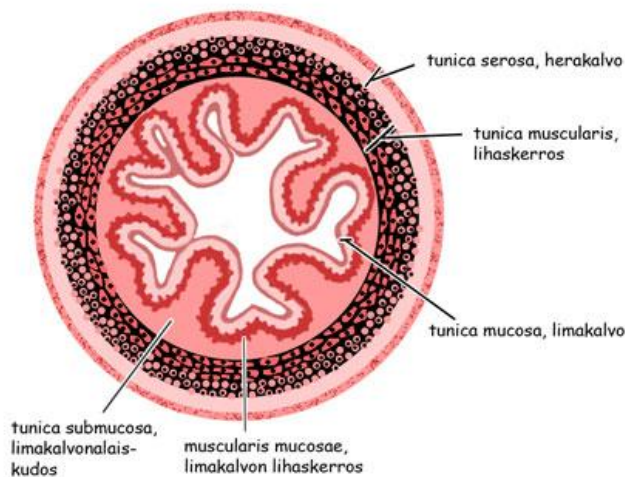
Ravinnon käsittely alkaa suuontelossa, jossa hampaat, posket ja kieli hienontavat ruokaa sekoittaen siihen samalla sylkirauhasten tuottamaa sylkeä. Sylkirauhaset tuottavat sekä

seroosia, vesimäistä sylkeä että mukoosia, limaista sylkeä. Seroosi sylki sisältää amylaasi-entsyymiä, joka aloittaa pitkäketjuisten hiilihydraattien pilkkomisen. Syljen ansiosta ravinnosta tulee helposti nieltävää ja sen pilkkoutuminen alkaa. Nielemisen jälkeen ravinto kulkeutuu nielun kautta ruokatorvea pitkin mahalaukkuun. Nielusta ruoka siirtyy ruokatorveen, jossa lihasseinämän peristalttiset aallot työntävät ravintoa kohti mahalaukkua. Peristalttisten aaltojen ansiosta painovoimalla ei ole merkitystä ravinnon kulkeutumisessa mahalaukkuun. (Niensted ym. 2006, 302 - 307; Karhumäki & Lehtonen & Nieminen & Syrjäkallio-Ylitalo 2010, 73 - 75.)

Mahalaukku (gaster, ventriculus) on tilavuudeltaan noin 1500 ml. Se on limakalvon verhoama ja seinämät ovat muodostuneet pitkittäisestä, poikittaisesta ja vinottaisesta sileälihaskerroksesta. Mahalaukun motorinen tehtävä on varastoida ruoka väliaikaisesti, sekoittaa sitä peristalttisin liikkein ja toimittaa ruokasulaa hitaasti ja säädellysti eteenpäin. Limakalvossa on runsaasti maharauhasia, jotka erittävät mahanestettä 2 – 3 litraa vuorokaudessa. Mahaneste muodostuu suolahaposta, pepsiniä ja limasta. Lisäksi se sisältää rauhasen erittämää sisäistä tekijää, joka on välttämätön B₁₂-vitamiinin imeytymisessä. Mahalaukun porttiosa erittää verenkiertoon suolahapon, pepsinogeenin ja sisäisen tekijän muodostumista stimuloivaa gastriinihormoonia. (Sovijärvi & Uusitalo & Länsimies & Vuori 1994, 267 – 268; Hiltunen & Holmberg & Jyväskylä & Kaikkonen & Lindblom-Yläne & Niensted & Wähälä 2007, 470 – 474; Iivanainen & Pikkarainen & Jauhiainen 2001, 211 – 212; Karhumäki ym. 2006, 76.)

Ruuansulatuskanavan seinämän yleisrakenne (kuva 2) on lähes sama koko maha-suolikanavassa. Sisin kerros on limakalvoa (tunica mukosa), josta voidaan edelleen erottaa epiteelikerros, sidekudoskerros ja ohut sileälihaskerros. Ruuansulatuskanavan seinämän sisäpinta on mahalaukusta peräsuoleen asti yhdenkertaista lieriöepiteeliä, joka suojaaa elimistöä bakteerien ja myrkkyjen haitallisilta vaikutuksilta. Epiteelisolut ovat mukana imeytymisprosessissa ja osa niistä tuottaa ruuansulatusnesteitä ja ruuansulatuksen säätelyyn osallistuvia hormoneja. Epiteelikerroksen ulkopuolella on sidekudoskerros, jossa on pieniä verisuonia, imusuonia, hermosyitä ja imukudosta, ja sen jälkeen seuraa ohut sileälihaskerros. Limakalvokerroksen ulkopuolella on toinen, paksumpi sidekudoskerros, limakalvonalauskudos (tunica submucosa). Siinä sijaitsee toinen ruuansulatuskanavan seinämän kahdesta hermosoluverkostosta. Limakalvonalauskerroksen ulkopuolella on lihaskerros (muscularis mucosae) ja siitä voidaan erottaa kaksi sileälihaskerrosta;

sisempi rengasmainen lihaskerros ja ulompi pitkittäinen lihaskerros. Sisemmän rengasmaisen lihaskerroksen supistuminen pienentää suolen onteloa ja ulomman lihaskerroksen supistuminen lyhentää suolta. Näiden kahden lihaskerroksen toiminta sekoittaa ja kuljettaa suolen sisältöä. Lihaskerrosten välissä on suolenseinämän toinen hermosoluverkosto. Nämä hermosolut muodostavat synapseja toisiinsa ja limakalvonalaisverkoston soluihin. Nämä kaksi hermosoluverkostoa ovat tärkeässä asemassa ruuansulatuskanavan toimintojen säätelyssä. Ruuansulatuskanavan seinämän uloin kerros on ohutta sidekudosta, jota peittää useimmissa kohdissa vatsakalvo. Vatsakalvoa ja sidekudoskerrosta kutsutaan yhdessä herakalvoksi (tunica serosa). (Bjälle ym. 1999, 324 – 325; Hiltunen ym. 2007, 460.)



Kuva 2. Ruuansulatuskanavan yleisrakenne.

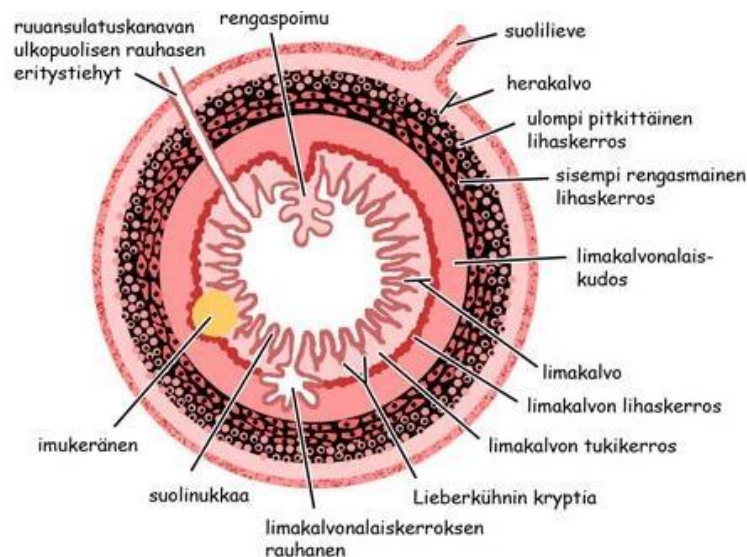
2.2 Ohutsuoli

Ohutsuoli (intestinum tenue) on 3 - 6 metriä pitkä, poimuttunut ja mutkitteleva suoli. Ohutsuolen (kuva 3) poimuista suurimpia ovat lähes senttimetrin pituiset rengaspoimut, jotka ovat peittyneet millimetrin pituisilla nukkalisäkkeillä (villus). Suolen sisäpinta, myös villusten pinta, on muodostunut yksinkertaisesta lieriöepiteelistä. Joukossa on limaa erittäviä pikarisoluja. Villusten välissä on suolirauhasia, jotka erittävät suolinesettä. Kaikki ohutsuolen solut ovat vielä peittyneet noin mikrometrin pituisilla mikrovilluksilla. Ohutsuolen rengaspoimut, villukset ja mikrovillukset laajentavat imeytymis-

pinta-alan 200 – 300 m²:ksi. Ohutsuoli muodostuu kolmesta osasta. Ensimmäinen osa on nimeltään pohjukaissuoli (duodenum), toinen osa on tyhjäsuoli (jejunum) ja viimeinen osa sykkyräsuoli (ileum). Pohjukaissuoli alkaa mahanportista ja kiinnittyy vatsaontelon takaseinään. Pohjukaissuoleen tuleva ruokasula on mahanesteiden vuoksi hapanta mutta suolen pohjukaissuolirauhaset erittävät limakalvoa suojaavaa eritettä. Puolivälissä pohjukaissuoleen avautuvat sappitiehyt ja haimatiehyt, joiden kautta maksan ja haiman ruuansulatusnesteet pääsevät sekoittumaan suolen sisältöön. Pohjukaissuoli toimii mahanportin sulkijalihaksen vastasäätelijänä ja se analysoi suolen sisällön määrää, osmolarisuutta ja happamuutta. Tarpeen mukaan se lähettää joko humoraalisia tai hermostollisia viestejä, jotka hidastavat mahalaukun peristaltiikkaa. Sykkyräsuoli ja tyhjäsuoli täyttävät lähes koko vatsaontelon ja ovat kiinnittyneet suoliliepeeseen. Niiden välinen raja ei ole täysin selvä mutta suoliliepeeseen kiinnittyneestä osasta noin 2/5 on tyhjäsuolta ja loput sykkyräsuolta. Tyhjäsuoli on poimuttunut ja siinä tapahtuu suurin osa pohjukaissuolen jälkeisestä imeytymisestä. Sykkyräsuoli taas on melko poimuton ja siellä on runsaasti imukudosta ja bakteereja. (Sovijärvi ym. 1994, 286; Höckerstedt & Färkkilä & Kivilaakso & Pikkarainen 1998, 254; Bjälle 1999 ym. 347; Iivanainen ym. 2001, 227; Liukkonen & Hokkanen 2003, 21; Karhumäki ym. 2006, 76; Nienstedt ym. 2006, 322 – 333; Hiltunen ym. 2007, 482 – 483.)

Ohutsuolen tehtävä on sekoittaa suolen sisältö, erittää ruuansulatusnesteitä ja huolehtia ravintoaineiden muokkauksesta ja imeytymisestä sekä kuljettaa ruokasula suolen läpi. Ohutsuoleen saapuessaan ruokasulan sisältämien ravintoaineiden pilkkoutuminen ei ole edennyt vielä kovin pitkälle. Ohutsuolen suolinesteen sisältämät entsyymit pilkkovat ravintoaineita, jotta ne voivat imeytyä epiteelikudoksen läpi. Tällaisia entsyymejä ovat peptidaasit, jotka pilkkovat polypeptidejä tripeptideiksi, dipeptideiksi ja aminohapoiksi, sekä disakkaridaasit, jotka pilkkovat disakkarideja monosakkarideiksi. Suurin osa ravintoaineista imeytyy suolen sisällöstä villusten verisuoniin, sen sijaan rasva-aineet imeytyvät jokaisen villuksen keskeltä alkaviin imusuoniin. Lähes kaikki ravintoaineet ovat imeytyneet ohutsuolen puoliväliin mennessä, loppuosassa imeytyvät ainoastaan B12-vitamiini ja sappisuolat. Natriumin, veden ja kloridin imeytyminen alkaa ohutsuolessa mutta imeytyminen jatkuu ravinnon siirtyessä paksusuoleen. (Höckerstedt ym. 1998, 254; Bjälle ym. 1999, 347, 348; Iivanainen ym. 2001, 227; Liukkonen & Hokkanen 2003, 21 - 22; Tortora & Derrickson, 2006, 921-922; Hiltunen ym. 2007, 492 - 493.)

Ohutsuolen toimintaa säätelee autonominen hermosto, jonka parasympaattinen vaikutus kiihdyttää ja sympaattinen vaikutus hidastaa suolen toimintaa. Lisäksi suolessa on oma sisäinen hermostonsa, joka reagoi suolen sisällön muutoksiin ja säätelee koko ruuansulatuselimistön motoriikkaa. Myös hormonit vaikuttavat suolen supistusvoimaan. Ruuan vaikutus mahan ja ohutsuolen alkuosaan stimuloi hormonien erittymistä. Ruuansulatuskanava tuottaa gastriinia, kolekystokiniiniä ja sekretiinia. Hormooneja tuottavat endokriiniset solut sijaitsevat ruuansulatuskanavassa ja ne vapauttavat hormonejaan, kun paikalliset tai keskushermostolliset refleksit tai ruuansulatuskanavan sisällön aiheuttamat kemialliset ärsykkeet stimuloivat niitä. Hormooneilla on erityisen tärkeä asema haimanesteen erityksessä ja sapen tyhjenemisessä suolistoon. (Höckerstedt ym. 1998, 256 – 257; Bjälie ym. 1999, 331, 347; Nienstedt ym. 2006, 329.)



Kuva 3. Ohutsuolenseinämän rakenne.

2.3 Paksusuoli

Paksusuoli (intestinum crassum) on noin 1,5 metriä pitkä ja se liittyy ohutsuoleen vatsaontelon alaosassa. Paksusuoli muodostuu umpisuolesta, koolonista ja peräsuolesta. Ohutsuoli liittyy paksusuoleen sen sivusta. Alapuolelle jäävä osa on umpisuoli ja ylöspäin lähtevä osa on paksusuolen pääosa, koolon. Koolon jaetaan kulkureitin mukaisesti nousevaan kooloniin, poikittaiseen kooloniin, laskevaan kooloniin ja sigmasuoleen.

Sigmasuoli jatkuu edelleen peräsuoleksi. Paksusuolen seinämän pitkittäinen lihaskerros ei ole tasaisesti jakautunut, vaan se on muodostunut kolmeksi pitkittäiseksi nauhaksi eli teeniaksi. Teenioiden väliin jäävä suolenseinämä muodostaa poukamia ja poimuja, joiden rakenne voi muuttua suolen liikkuaessa. (Iivanainen ym. 2001, 230; Nienstedt ym. 2006, 330 – 333.)

Paksusuolen liikehdintä on erilaista kuin ohutsuolen ja sen liikkeet ovat ohutsuolen rytmiseen segmentaatioon verrattuna harvempaa ja hitaampaa supistumista. Kun ateriasta on kulunut noin 8 tuntia, on imeytymätön materiaali jo paksusuolella. Paksusuolella suolen sisällön matka kestää noin 2 – 3 vuorokautta. Paksusuolen hitaammat segmentaatioliikkeet sekoittavat suolen sisältöä ja edesauttavat nesteiden, vitamiinien ja elektrolyyttien imeytymistä. Paksusuolella tapahtuu myös massaa eteenpäin liikuttavaa peristaltista liikehdintää. Muutaman kerran vuorokaudessa tapahtuu voimakkaampi massaperistaltiikka, jonka vaikutuksesta suolen sisältö liikkuu useita kymmeniä senttimetrejä kerrallaan ja voi saada aikaan ulostusrefleksin. (Nienstedt ym. 2006, 331 – 332; Karhumäki ym. 2006, 77; Hiltunen ym. 2007, 489 - 490.)

Kun ruokasula saapuu paksusuoleen, on siitä imeytynyt jo lähes kaikki ravintoaineet. Paksusuolella ruokasulasta imeytyy kuitenkin runsaasti natriumia ja vettä takaisin elimistön tarpeisiin. Paksusuolella on myös bakteereja, jotka syntetisoivat vitamiineja (K-vitamiini) sekä pilkkovat selluloosaa ja muita kuituaineita, joita suolinesteen entsyymit eivät ole pystyneet hajottamaan. Pilkkossaan imeytymättömiä aineita paksusuolen bakteerit tuottavat rasvahappoja, joiden imeytymisellä on merkitystä ravitsemuksessa varsinkin, jos ravinto koostuu pelkästään kasvisruuasta. Jos paksusuoli joudutaan sairauden vuoksi poistamaan, voi nesteitä poistua ulosteen mukana liikaa. Tämä täytyy ottaa huomioon ravitsemuksessa. (Nienstedt ym. 2006, 331 – 332; Hiltunen ym. 2007, 494.)

2.4 Suoliavanteet

Avanne eli stooma on kirurgisella toimenpiteellä tehty eritteiden ulostuloaukko. Avannetyypit nimetään usein sijainnin mukaan. Eritteet kertyvät vatsanpeitteiden päälle avannesidokseen (kuva 4). Sairaudesta riippuen avanne voi olla joko väliaikainen tai

pysyvä. Avanteet jaotellaan kahteen pääryhmään: enterostoomiin ja urostoomiin. Enterostoomat ovat suoliavanteita ja urostoomat virtsa-avanteita. Avanne ei ole sairaus, se on keino hoitaa sairautta. Avannetta hoitomuotona voidaan käyttää suoliston sairauksissa kuten syövässä, haavaisessa paksusuolen tulehduksessa, synnynnäisissä epämuodostumissa tai tapaturmissa. (Iivanainen ym. 2001, 237; Liukkonen & Hokkanen 2003, 12, 27; Finnilco 2009.)



Kuva 4. Ohutsuoliavanne ja avannesidos.

Paksusuoliavanteen, colostoman, yleisin syy on paksu- tai peräsuolen loppupään syöpä. Paksusuoliavanteet nimetään sijainnin mukaan. Transversostooma on yleensä väliaikainen ja se tehdään poikittaiseen kooloniin esimerkiksi leikatun tai sairaan suolen osan suojaamiseksi. Sigmoideostooma on tavallisin paksusuoliavannetyyppi ja se tehdään sigmasuoleen. Sigmoideostooma on yleensä pysyvä. Cecostoma on paksusuoliavanteista harvinaisin ja se tehdään paksusuolen alkuosaan. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 31 – 32; Finnilco 2009; ConvaTec 2010.)

Ohutsuoliavannetta käytetään hoitomuotona syöpäsairauksien, suoliston infektioiden, kuten Chrohnin taudin, synnynnäisten epämuodostumien ja vatsatraumojen hoidossa. Ohutsuoliavanteen tarkoitus on turvata ravitsemus, rauhoittaa suolistoa tai ohjata ulostemassa vatsanpeitteiden läpi iholle asennettavaan pussiin. Avanne voi olla tarkoitettu pysyväksi tai väliaikaiseksi ja se voidaan tehdä useilla eri tekniikoilla. Joskus väliaikaiseksi tarkoitettu avanne voi jäädä pysyväksi avanteeksi, mikäli potilaan tila estää avanteen sulun. (Seikku & Remes 2005; Chron ja Colitis 2009; Finnilco, 2009; ConvaTec, 2010.)

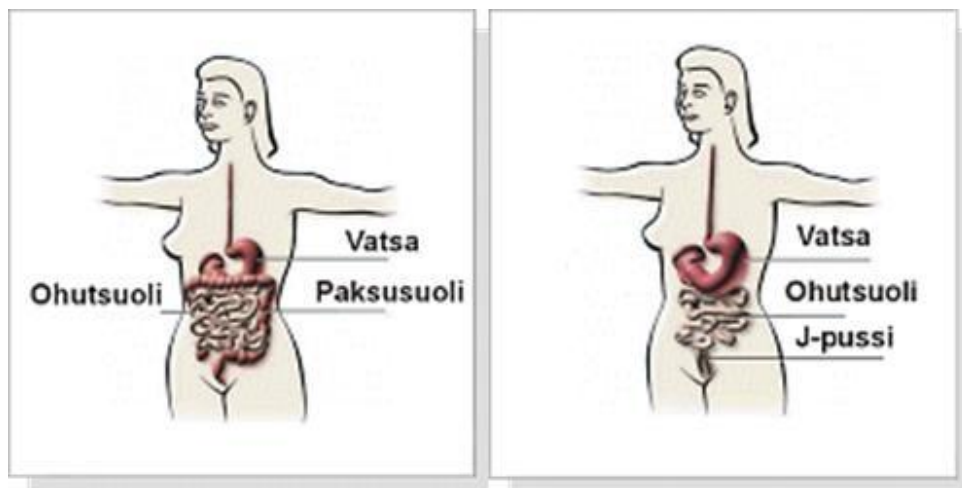
Perinteinen pysyvä ohutsuoliavanne, ileostoma, tehdään sykkyräsuolen alueelle pääteavanteeksi. Pysyvään pääteavanteeseen päädytään, mikäli sairaus vaatii koko paksusuolen, peräsuolen ja peräaukon poistamisen ja mitkään muut hoitomuodot eivät tule kyseeseen. Leikkauksessa paksusuoli ja peräsuoli poistetaan ja peräaukko ommellaan kiinni. Ohutsuolen terve osa vedetään vyötärölinjan alapuolelta, vatsalihasten läpi, ihon pintaan. Avanne kiinnitetään vatsanpeitteisiin sulavilla ompeleilla. Leikkausmetodi on yksinkertainen ja riskit ovat vähäisiä. Leikkauksella voi kuitenkin olla suuri vaikutus potilaan elämänlaatuun, joten esimerkiksi ileumsäiliö voi olla potilaan kannalta miellyttävämpi vaihtoehto. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 28 – 31; Seikku & Remes 2005; Finnilco, 2009.)

Lääketieteellisistä syistä avanne voidaan tehdä myös väliaikaiseksi, jolloin suoliston loppuosa jätetään ennalleen odottamaan avanteen sulkua. Tällainen tulee kyseeseen esimerkiksi tilanteessa, jossa suoliston loppuosa tarvitsee lepoa parantuakseen jostain toisesta leikkauksesta tai tulehduksesta. Väliaikainen avanne voidaan toteuttaa joko pääteavanteena tai lenkkiavanteena. Väliaikaisena avanteena suositetaan lenkkiavannetta, koska sen sulkeminen on selkeästi helpompi toimenpide kuin pääteavanteen sulku. Pääteavanteen sulkuaan liittyvät komplikaatioriskit voivat olla niin suuria, että avanteen sulkemisesta pidättäydytään. Lenkkiavanteessa vatsanpeitteiden läpi tuodaan sykkyräsuolen tai tyhjäsuolen mutka, joka avataan, sitä kuitenkaan katkaisematta. Suolen luiskahtaminen takaisin vatsaonteloon estetään muovisella sauvalla niin pitkäksi aikaa, että kudokset ehtivät kiinnittyä (kuva 5). Suolen toisesta aukosta suolen sisältö tyhjenee, toinen aukko voi tihkuttaa pienissä määrin suolieritettä. (Liukkonen & Hokkanen, 2003 28 – 30; Seikku & Remes 2005; Chron ja Colitis 2009; Finnilco, 2009.)



Kuva 5. Lenkkiavanne.

Ohutsuoliavanne voidaan joissakin tapauksissa korvata ileumsäiliöllä eli IPAA-säiliöllä. IPAA-säiliön ansiosta potilas säästyy varsinaisen avanteen teolta. IPAA-säiliötä tehdessä paksusuoli ja peräsuoli poistetaan sairauden vuoksi, mutta peräaukko, peräaukon sulkijalihakset sekä lantionpohjan lihakset säilytetään. Ohutsuolen loppuosasta muodostetaan säiliö, Suomessa pääsääntöisesti J:n muotoinen pussi (J-pussi), joka yhdistetään peräsuolikanavaan (kuva 6). Tämä mahdollistaa suolen tyhjentämisen luonnollista kautta. Koska erite on löysää, on ulostamiskertoja useita vuorokaudessa. Aluksi suoli voi toimia jopa 10 - 15 kertaa vuorokaudessa ja pidätyskyvyn kanssa voi ilmetä ongelmia. Ajan kanssa suolen toiminta tasaantuu, yleensä 4 - 8 kertaan vuorokaudessa. Lääketieteellisenä edellytyksenä säiliöavanteen teolle on peräaukon sulkijalihaksen hyvä toiminta. Säiliöavanteen ongelmaksi voi muodostua suolen tyhjenemisongelma tai säiliön liiallinen toiminta. Koska erite on entsyymipitoista, se voi aiheuttaa ärsytystä peräaukon seudulle. Liiallisen toiminnan voi aiheuttaa ruokavalio, ripulitauti tai ileumsäiliön tulehdus. Siitä kärsii noin 20 % leikatuista potilaista. Ileumsäiliön tulehdusta voidaan hoitaa lääkkeellisesti, mutta vaikeissa tapauksissa voidaan päätyä tekemään potilaalle perinteinen ohutsuoliavanne. (Ukkola & Ahonen & Alanko & Lehtonen & Suominen, 2001, 149 – 150; Liukkonen & Hokkanen, 2003, 28; ConvaTec 2010; Kalinainen 2010, 20.)



Kuva 6. Suolisto ennen IPAA- leikkausta ja sen jälkeen.

3 OHUTSUOLIAVANNEPOTILAAN HOITO JA OHJAUS

Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan leikkaushoidon kokonaisuutta ja siihen sisältyy ajallisesti ja toiminnallisesti leikkauksen eri vaiheet. Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu eri terveydenhuollon ammattilaisten saumaton moniammatillinen yhteistyö. Potilaan hoitoon osallistuvat lähi- ja perushoitajat, sairaanhoitajat, eri alojen lääkärit, fysioterapeutit, välinehuoltajat, sairaalahuoltajat, osaston sihteerit ja röntgen- ja laboratoriohoitajat. Potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus vaikuttaa olennaisesti onnistuneen hoitokokemuksen muodostumisessa. Perioperatiivinen hoito jaetaan kolmeen eri vaiheeseen. Preoperatiivinen, leikkausta edeltävä, vaihe alkaa siitä, kun leikkauspäätös on tehty yhdessä potilaan kanssa ja päättyy siihen, kun vastuu potilaan hoidosta siirtyy leikkausosaston henkilökunnalle. Preoperatiivisessa vaiheessa tavoite on, että potilas on tietoinen tulevasta leikkauksesta ja valmistautuu siihen usein kotona, poliklinikalla ja vuodeosastolla. Preoperatiivisen vaiheen keskeisiä tehtäviä on leikkausta ja anestesiaa edeltävien tietojen kerääminen sekä potilaan opettaminen ja ohjaaminen. Preoperatiivisen ohjauksen tarkoitus on antaa potilaalle riittävästi tietoa tulevasta leikkauksesta ja sen vaikutuksista elämään. (Korte & Rajamäki & Lukkari & Kallio 2000, 20 – 21.)

Intraoperatiivinen vaihe sisältää leikkausosastolla tapahtuvat toimenpiteet ja hoidon. Se alkaa, kun potilas vastaanotetaan leikkausosastolle ja päättyy, kun potilas vastaanotetaan heräämöhön. Intraoperatiivinen hoitotyö keskittyy potilaan perus- ja erityistarpeiden tyydyttämiseen. Potilaan henkinen tukeminen, turvallinen siirtäminen leikkauspöydälle, turvallisen leikkausasennon löytäminen, potilaan voinnin ja tajunnantason jatkuva arviointi, anestesiaa ja leikkaukseen liittyvän tekniikan hallinta, leikkaussalin ja hoitovälineiden valmistelu, instrumenttien laskenta ja kirjaaminen, aseptisten olosuhteiden säilyttäminen ja toteutuneen hoidon tarkka kirjaaminen muodostavat intraoperatiivisen hoitotyön perustan. (Korte ym. 2000, 21.)

Postoperatiivinen vaihe tarkoittaa leikkauksen jälkeistä hoitoa ja kuntoutumista, joka tapahtuu heräämössä, poliklinikalla, vuodeosastolla tai kotona. Se loppuu, kun potilas ei enää tarvitse leikkaustapahtumaan liittyvää hoitotyötä. Postoperatiivisessa vaiheessa korostuu potilaan tilan arviointi ja muutosten vertaaminen leikkausta edeltävään ja leikkauksen aikaiseen tilaan. (Korte ym. 2000, 21.)

3.1 Leikkaukseen valmistautuminen

Leikkaukseen valmistautumisen käytännöt voivat vaihdella eri sairaaloiden välillä. Ennen leikkausta potilas tapaa leikkaavan lääkärin ja anestesia­lääkärin ja potilas voi esittää heille vielä kysymyksiä. Potilaalle kerrotaan leikkausvalmisteluista ja leikkauksen kulusta. Avanneleikkaukseen tulevalle potilaalle kerrotaan myös tukihenkilötoiminnasta ja mahdollisuudesta tavata tukihenkilö ennen ja jälkeen leikkauksen. Yksi tärkeimpiä avanneleikkauksen jälkeiseen elämään vaikuttavista tekijöistä on avanteen paikan tarkka valinta. Avanteen paikan määrittäminen tulee tehdä ennen leikkausta, jos se on mahdollista, ja siitä on hyvä keskustella potilaan kanssa. Avanteen paikan hyvällä suunnittelulla helpotetaan avannesidosten sitomista ja pysymistä. Paikan tulisi asettua niin, että potilas näkee sen hyvin itse ja pystyy vaihtamaan avannesidoksen. Vaikeuksia voi aiheuttaa ylipainon aiheuttamat vatsapoimut tai naisilla riippuvat rinnat, sillä avan­netta ei voi tehdä rinnan alle tai vatsapoimuun. Avanne ei myöskään saa sijaita lähellä napaa, vyötäröä, leikkaushaavaa, arpea, kylkikaarta, suoliluu­harjannetta tai nivustaivetta. Avanteen paikan määrittämiseksi potilas käy makuuasentoon ilman tyynyä ja nostaa päätään katsoen varpasiin. Näin saadaan tunnusteltua jännittyneet suorat vatsali­hakset (rectuslihakset). Niiden sijainti on tärkeä, koska ne tukevat avan­netta ja riski avannetyrän muodostumiseen pienenee. Lihakset voidaan merkitä iholle. Perinteisen ileostoman paikka on yleensä oikealla alavatsalla, vyötärölinjan alapuolella. Avanne­paikkaa voidaan suunnitella avannesidosta apuna käyttäen, jotta nähdään miten sidok­sen reunat asettuvat. Avannepaikan toimivuus tulee tarkistaa eri asennoissa, kuten poti­laan maates­sa kyljellään, seistessä ja istuessa. Avanteen paikka merkitään iholle veden­kestävällä tussilla. Potilaan tahdosta riippuen sidos voidaan jättää paikoilleen. Näin po­tilas saa tuntumaa tulevaan avanteeseen. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 55 – 59; Fin­nilco 2009.)

Avanneleikkauksesta toipuminen vie aikaa, sillä se on vaativa ja pitkä leikkaus. Leikka­uksen jälkeen potilaat tarvitsevat lepoa ja rauhaa mutta seisomaan nousta­an yleensä jo leikkauksen jälkeisenä päivänä trombien estämiseksi. Avanneleikatun verenkierron toi­mintaa ja hengitystä helpotetaan hengitys- ja asento­harjoituksilla. Ison suolistoleikkauk­sen jälkeen potilaan nestetasapainosta huolehditaan ja suoliston peristaltiikan palautu­mista tarkkaillaan. Aluksi nestetasapainosta huolehditaan suonensisäisellä neste­ytyk-

sellä. Suolen oma toiminta alkaa muutaman päivän kuluttua leikkauksesta. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 59 – 61.)

Avannetta tarkkaillaan leikkauksen jälkeen ja sen väristä on mahdollista nähdä verenkierron häiriöt. Purppuranpunainen väri kertoo normaalista verenkierrosta ja sininen väri kertoo pinnallisista verenkiertohäiriöistä. Musta väri on vakavan ja syvän verenkierron ongelman merkki. Verenkiertohäiriön syynä voi olla turvotus, liian kireä avannesidos tai liian ahdas vatsanpeitteisiin tehty aukko. Vähäinen verenvuoto leikkauksen jälkeen on yleensä harmitonta ja rauhoittuu itseksensä. Vähäinen verenvuoto avanteen limakalvolla on normaalia ja seurausta usein liian kovakouraisesta käsittelystä. Verenvuoto tyrehtyy yleensä vuotokohtaa painamalla. Jos verenvuoto on runsasta, voi sen tyrehtyttäminen vaatia ompeleita tai hopeanitraattikäsittelyn. Avanne on leikkauksen jälkeen turvoksissa noin viikon ajan. Kun turvotus hiljalleen häviää, myös avanteen koko pienenee. Avanteen koon muuttuminen tulee ottaa huomioon sen sidonnassa ja se kannattaa mitata ennen sidoksen vaihtoa. Avanteen eritystä seurataan myös. Avanne erittää heti leikkauksen jälkeen verensekaista suolimaa ja -nestettä ja suolikaasua. Ohutsuoliavanne alkaa yleensä toimia muutaman päivän kuluttua leikkauksesta. Ohutsuoliavanteen erite on juoksevaa ja sitä erittyy runsaasti, jopa useita litroja kuukaudessa. Heti leikkauksen jälkeen erite voi olla väriltään vihertävää mutta se muuttuu ruskeaksi, kun siirrytään takaisin normaaliin ruokavalioon. Erityksen runsauden takia on tärkeää huolehtia riittävästä nesteytyksestä. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 61 – 63.)

3.2 Potilasohjaus

Potilaan ja omaisen ohjaus terveyteen ja sairauteen liittyen on olennainen osa sairaanhoitajan työtä. Potilasohjauksen tarkoitus on antaa potilaalle tietoa sairastumisen aiheuttaman kriisin keskellä. Tiedon tarkoitus on auttaa potilasta ymmärtämään terveydentilaansa, sairauttaan, hoitoaan ja kuntoutumistaan. Riittävä tieto auttaa potilasta oman elämän hallinnassa. Hyvän ohjauksen perustana on aina potilaan ja hoitajan välinen luottamus ja vuorovaikutus. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa hoitohenkilökunnan kertomaan potilaalle tämän terveydentilasta selkeästi ja ymmärrettävästi. Lain mukaan potilaan täytyy myös ymmärtää hoidon merkitys, erilaiset vaihtoehdot ja hänellä on oikeus olla mukana hoitoaan koskeissa päätöksissä. Potilasohjaustilanteet

voivat olla hyvin vaihtelevia potilaan fyysisestä ja psyykkisistä lähtökohdista riippuen. Myös ohjaajan minäkäsitys, persoonallisuus ja ihmiskäsitys säätelevät ohjaajan toimintaa. Ohjauksella on rakenteellisia lähtökohtia, jotka vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. Tällaisia ovat esimerkiksi ympäristö ja välineistö. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Hyyppä & Latva- Mäenpää & Manninen & Myllymäki & Salo & Medina 1997, 80.)

Avanneleikkaukset pyritään suunnittelemaan huolellisesti etukäteen, mutta leikkaus voi tulla eteen äkillisesti. Äkilliseen leikkaukseen voidaan päätyä esimerkiksi onnettomuuden aiheuttaman vamman vuoksi. Ohjaustilanteessa sairaanhoitajan on syytä kiinnittää huomiota käyttämiinsä ilmaisuihin. Savon Ilcon vuonna 1999 tekemän kyselytutkimuksen mukaan avanneleikatut kokivat saaneensa ohjausta liian ammattimaisin termein. Ohjauksessa oli käytetty lääketieteellistä sanastoa, jota potilaat eivät olleet ymmärtäneet laisinkaan. Tutkimuksessa ilmeni myös, että osa avanneleikatuista potilaista ei muistanut laisinkaan saamansa ohjauksen sisältöä. Ohjauksessa tulisi huomioida potilaan sen hetkinen uuden tiedon vastaanottokyky, ja keskittyä vain ohjauksellisesti olennaisimpiin seikkoihin. Onnistuneen ohjauksen kannalta tärkeää on, että ohjaukselle on varattu riittävästi aikaa. Potilaalle annetaan tilaa pohtia asioita ja pyytää selvennystä hänelle epäselviin asioihin. Onnistunut leikkausta edeltävä ohjaus edesauttaa potilaan motivoitumista itsehoitoisuuteen ja kuntoutumiseen leikkauksen jälkeen. Ohjaus myös auttaa potilasta sopeutumaan tulevaan elämänmuutokseen sekä ymmärtämään, ettei avanne estä täysipainoista elämää. Kuntoutumisen jälkeen avanneleikattu voi palata työelämään, sekä liikkua ja harrastaa kuten ennenkin. Kuitenkaan kamppailulajeja tai sukellusta ei suositella. Lentokoneella matkustettaessa täytyy avannesidokset muistaa varata aina käsimatkatavaroihin. (Korte ym. 2000, 20 – 21; Iivanainen ym. 2001, 69 - 70; Liukkonen & Hokkanen 2003, 45 – 47; Eloranta & Vähätalo & Johansson 2008.)

3.3 Avanteen sidonta ja hoito

Avanneleikkauksen jälkeen uloste poistuu elimistöstä avanteen kautta. Avanteen ympärillä ei ole sulkijalihasta, joten ulosteen erittymistä ei voi säädellä. Tämän vuoksi tarvitaan avannesidos, joka kerää erittyvän ulosteen sekä suolikaasut. Markkinoilla on useita erilaisia avannesidoksia, ja jokaiselle avannepotilaalle etsitään yhdessä avannehoitajan

kanssa tarkoitukseen sopiva sidos. Avanteet ovat hyvin yksilöllisiä eikä kahta samanlaista löydy. Kokoon ja muotoon vaikuttavat kehon liikkeet, terveydentila, paino ja ikä. Avannesidokset on suunniteltu mahdollisimman huomaamattomiksi ja turvallisiksi. Ne pitävät sisällään eritteet, hajut ja äänet. Nykyään monissa avannepusseissa on suodatin, joka päästää suolistokaasut ulos, mutta poistaa aktiivihiilen avulla epämiellyttävät hajut. (Coloplast 2008; Finnilco 2009.)

Avannesidoksia on kahdentyyppisiä, yksiosaisia, joissa pussi ja ihonsuojalevy muodostavat yhtenäisen sidoksen, sekä kaksiosaisia, joissa pussi kiinnitetään kiinnitysrenkaalla erilliseen ihonsuojalevyyn (Liite 4 9/14). Yksiosaisessa pussissa koko sidos vaihdetaan jokaisen pussin vaihdon yhteydessä. Kaksiosaisessa sidoksessa pussi vaihdetaan tarpeen mukaan, mutta ihonsuojalevy voi olla paikallaan useita päiviä. Kaksiosaisen sidoksen etuna ovat harvemmat levyn vaihtokerrat, mikä vähentää ihon kulumista. Lisäksi pussi on helppo vaihtaa tarvittaessa ja pussin koon voi valita tarpeen ja tilanteen mukaan. Avannesidoksen sopivuudessa on tärkeintä sen käyttömukavuus, luotettavuus, hyvä tarttuvuus iholle ja se, että se istuu iholla tiiviisti. (Coloplast 2008; Finnilco 2009; ConvaTec 2010.)

Avannesidosta vaihdettaessa tulee huolehtia, että kädet ja vatsanalueen iho ovat kuivat ja puhtaat. Kosteus tai esimerkiksi voiteet ja rasvat voivat estää sidosta kiinnittymästä kunnolla. Suositeltu ajankohta sidoksen vaihdolle on aamulla, jolloin ulostetta erittyy vähiten. Jokainen kuitenkin löytää kokeilemalla itselleen sopivan ajankohdan. Ulottuville varataan uusi sidos, kynä ja sakset sekä sapluuna pohjalevyn reikää varten, roskapussi, pehmeä pyyhe tai paperi ihon puhdistukseen ja kuivaukseen sekä tarpeen mukaan esimerkiksi pastaa tai tiivistysnauhaa sidoksen tiivistykseen. Sidoksen pohjaan piirretään sapluunan avulla kuva avanteesta, jotta oikean kokoinen reikä olisi helpompi leikata. Sopivan kokoinen reikä ennaltaehkäisee ulosteen aiheuttamaa ihoärsytystä ja tekee sidoksesta pitävän. Saatavilla on myös ihonsuojia, jotka voidaan muotoilla avanteen ympärille sopivaksi sormin. Vanha sidos irrotetaan yläreunasta alkaen. Tämä kannattaa tehdä varovasti, jotta iho ei ärtynisi ja tarvittaessa apuna voi käyttää kostutettua taitosta. Käytetty avannepussi hävitetään talousjätteen mukana. Vaihdon yhteydessä sidokset kannattaa pakata suoraan roskapussiin ja sulkea pussi huolella. Iho tulisi puhdistaa jokaisen sidoksen vaihdon yhteydessä lämpimällä vedellä, ilman saippuaa. Ihanteellista on, jos tämän jälkeen on aikaa antaa ihon kuivua luonnollisesti, koska iho kaipaa ilmakehää. Tarvittaessa ihon voi kuivata pehmeällä pyyhkeellä tai paperilla. Avanteessa on

runsaasti verisuonia, joten se voi helposti alkaa tihkuttaa verta. Tämä ei ole vaarallista, mutta jos vuoto ei lopu, tai tulee avanteen sisältä, on syytä ottaa yhteyttä lääkäriin. Jos avannetta ympäröivä iho on kuiva ja vaatii rasvausta, hajustamatonta ja hyvin imeytyvää perusvoidetta voi käyttää. Kun iho avanteen ympärillä on siisti ja kuiva, uusi sidos voidaan laittaa paikalleen. Yksiosainen sidos asetetaan paikalleen taittaen ihonsuojalevy reiän kohdalta niin, että aukko on näkyvissä. Aukko asetetaan avanteen kohdalle ja ihonsuojalevy painetaan tiukasta avanteen ympärille vähintään 30 sekunnin ajan. Kaksiosaisessa avannesidoksessa ihonsuojalevyn aukko asetetaan avanteen kohdalle ja painetaan tiiviisti kiinni vähintään 30 sekunnin ajan. Pussi kiinnitetään asettamalla muovirengas ihonsuojalevyn muovirengasta vasten, ja painelemalla pussi sormilla kiinni suojalevyyn, niin että siitä kuuluu napsahduksia. Kaksiosaisen sidoksen pussia vaihdettaessa irrotetaan se vetämällä pussin takana olevasta ylärenkaasta, pohjalevyä toisella kädellä painaen. (Liukkonen & Hokkanen 2003; Coloplast 2008; ConvaTec 2010; Coloplast 2010; Finnilco 2010; Kuinka sidotaan avanteita 2005.)

3.4 Ravitsemusohjaus

Täysipainoinen ravinto on hyvinvoinnin ja terveyden ylläpidon perusedellytys. Ravitsemuksen merkitys sairauksien ehkäisyssä on kiistaton mutta myös sairastuneen potilaan ravitsemuksella on suuri merkitys potilaan paranemiseen. Ravitsemushoidon tarkoitus on tukea terveyttä, estää vajaa- ja virheravitsemuksen syntyminen, korjata jo heikentynyt ravitsemustila ja näin vahvistaa elimistön vastustuskykyä sekä tukea toimintakykyä, elämänhallintaa ja kykyä ottaa vastuuta omasta terveydestään. Ravitsemushoitoon kuuluu ravitsemusohjaus sekä käytännön ravitsemushoito, eli esimerkiksi sairaalahoidossa olevalle potilaalle tarjottu oikeanlainen ruoka. Kansanterveyslaissa (66/1972) terveysneuvonta määritellään kuntien kansanterveystyöhön kuuluvaksi velvollisuudeksi. Ravitsemusohjaus kuuluu olennaisena osana terveysneuvontaan, ja näin ollen useiden terveydenhuollon ammattilaisten työtehtäviin. Ravitsemusohjauksen tulee olla vuoro-vaikutuksellista ja tavoitteellista viestintää, jonka tarkoitus on selvittää asiakkaalle sopivia konkreettisia mahdollisuuksia muuttaa ruokavaliotaan. Ohjauksen tulisi aina olla asiakaslähtöistä. Terveystenhuollon ammattilaisen on tärkeä käyttää vain asiakkaan ymmärtämiä termejä ja kieltä, ja saada asiakas tuntemaan itsensä tasa-arvoiseksi neu-

vottelukumppaniksi. (Kansanterveyslaki; Ravitsemusterapeuttiyhdistys ry 2004, 10 – 11; Aapro & Kupiainen & Leander, 2008, 11 – 19.)

Ennen kuin ravitsemusohjausta tai käytännön ravitsemushoitoa voidaan toteuttaa, on selvitettävä ravitsemushoidon lähtökohdat, tarpeet ja tavoitteet. Terveystilan lisäksi näihin voivat vaikuttaa yksilölliset makutottumukset, brändit, ruuan hinta, kulttuuriset ja uskonnolliset tekijät, havaitut puutteet sekä muutostarve ravitsemuksessa. Ravitsemushoitoa toteuttavan terveydenhuollon ammattilaisen tulee asiakasta haastatteleamalla selvittää asiakkaan sen hetkinen tilanne ja tarpeet. Haastattelu voidaan toteuttaa suullisesti tai kirjallista materiaalia apuna käyttäen. Tärkeätä on varata haastatteluun riittävästi aikaa, jotta asiakkaan ravitsemuksesta voidaan muodostaa mahdollisimman laaja kokonaiskuva. Haastattelussa selvitettäviä asioita ovat asiakkaan ruokailutottumukset, toivottavat muutokset ruokahalussa ja ruuankäytössä, ruokavalioon vaikuttavat sairaudet, mahdolliset ruokailuun liittyvät ongelmat sekä asiakkaan oma näkemys ruokavaliostaan. Haastattelussa on hyvä selvittää myös muita ravitsemukseen liittyviä asioita kuten perhesuhteita, sairauksia, lääkityksiä sekä fyysistä aktiivisuutta ja päivärytmiä. Kaikkien potilaiden ravitsemustilaa voidaan arvioida myös silmämääräisesti, sekä mittaamalla paino ja pituus ja selvittämällä painonmuutokset viimeisen puolen vuoden aikana. (11; Ravitsemusterapeuttiyhdistys ry, 2004; Aapro ym. 2008.)

Jatta Puhkala, Kuopion yliopiston Kliinisen ravitsemustieteen ja kansanterveystieteen laitokselta on tutkinut ohutsuoliavanne- ja j-pussileikattujen ravitsemusta ja elämänlaatua. Tutkimus on toteutettu vuonna 2008 ja siinä oli mukana 88 ohutsuoliavanne- ja j-pussileikattua henkilöä, joiden leikkauksesta oli keskimäärin kulunut 1,5 vuotta. Tutkimuksen mukaan ohutsuoliavanne ja j-pussi leikattujen ravitsemusohjauksessa on useita puutteita. Jopa viidennes tutkimukseen osallistuneista kertoi jääneensä täysin ilman ohjausta ja kaksi kolmasosaa koki tarvitsevansa lisää ohjausta ravitsemukseen liittyen. Lisäksi noin puolet vastanneista koki, ettei ravitsemusohjaus ollut asiakaslähtöistä. Heidän henkilökohtaisia ravitsemustottumuksiaan ja elämäntilanteitaan ei ollut selvitetty tarpeeksi. Riittävästi tietoa tutkimukseen osallistuneet kokivat saaneensa nestetasapainoon liittyvästä riittävästä suolan ja nesteen saannista. Enemmän he olisivat kaivanneet tietoa vatsavaivojen ehkäisystä sekä vitamiinien ja hivenaineiden tarpeesta. Sillä, oliko ravitsemusohjausta annettu ennen vai jälkeen leikkauksen, tutkimukseen osallistuneet eivät kokeneet olevan väliä. Suurin osa vastaajista koki, että heille oli hyvin tarjottu

mahdollisuutta myöhempään yhteydenottoon tarpeen vaatiessa. (Puhkala, Jatta 2008, 54 – 62.)

Ohutsuoliavannepotilaan ravitsemusohjauksessa tulee kiinnittää huomiota siihen, että ruokavaliorajoituksia ei korosteta liikaa. Liian tiukat ohjeet voivat aiheuttaa ruokavalion yksipuolistumista. Tärkeä on korostaa yksilöllisyyttä ja kannustaa kokeilemaan eri ruoka-aineita monipuolisesti. Ruokavalion monipuolisuudella voidaan taata vitamiinien ja hivenaineiden riittävä saanti. Potilasta on hyvä muistuttaa, että ruoka-aineita kannattaa kokeilla useita kertoja, jotta suoli tottuisi niihin. Jokin ruoka-aine ei välttämättä ole sopiva heti leikkauksen jälkeen mutta myöhemmin suolisto voi sietää sitä hyvin. Suurin osa ohutsuoliavanneleikatuista kestää hyvin erilaisia ruoka-aineita silloin, kun niitä nautitaan kohtuullisesti. Avanneleikatun ravitsemuksen tavoitteena on toimintakyky sekä hyvä ravitsemustila. Hyvä ravitsemustila syntyy, kun ihminen saa eri ravintoaineita riittävästi, ja suola- ja nestetasapaino ovat kunnossa. Ruokavalioksi sopii tavallinen, monipuolinen ruoka, mutta muutamiin seikkoihin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Ateria on syytä nauttia kiireettömästi, suu kiinni pureskellen. Tällä voidaan vähentää niellyn ilman määrää, ja sitä kautta ilmavaivoja. Huolellinen pureskelu on tärkeä myös suolentukkeuman ennalta ehkäisyn vuoksi. Suolentukkeuman vaara on suurin juuri leikkauksen jälkeen, ja sitä voidaan ennaltaehkäistä myös välttämällä suolentukkeumia aiheuttavia ruoka-aineita kuten kovakuorisista marjoista, alkioista, sitrushedelmien kalvoja, raakakasviksia, ja sitkeää lihaa. Heti leikkauksen jälkeen on syytä olla varovainen myös vatsaa kovettavien ruoka-aineiden, kuten pastan, riisin ja banaanin kanssa. Ruokajuomia suositellaan nautittavaksi aterioiden välillä, ei aterian kanssa. Juoman nauttiminen aterian yhteydessä lisää riskiä nielaista vahingossa liian suurista paloista kerrallaan. Liikunta estää ulostemassan kertymistä suoleen ja riittävä lepo, ruokailun säännöllisyys ja monipuolisuus auttavat tasapainottamaan suolen toimintaa. (Aapro ym. 2008, 189 - 190; Haglund & Huupponen & Ventola & Hakala-Lahtinen, 2006, 236 – 239.)

Useilla ohutsuoliavannepotilailla esiintyy ruokailuun liittyviä ongelmia, kuten ilmavaivoja, hajuhaittoja, ripulia ja ummetusta. Ilmavaivoja on vaikea välttää kokonaan mutta ruoka-aine valinnoilla niitä voidaan vähentää. Ilmavaivoja aiheuttavia ruoka-aineita ovat mm. kaalit, sipuli, paprika, herneet, pavut, tuorekurkku, omena, olut, sienet sekä lanttu ja nauris. Makeutusaineista ksylitoli, sorbitoli sekä maltitoli lisäävät kaasujen muodostusta suolistossa. Ilmavaivoihin liittyy kiusallisia hajuhaittoja. Hajuhaittoja voivat aiheuttaa mm. herne, kaali, sipuli, kananmuna, antibiootit, sekä vitamiinit ja kiven-

näisaineet. Hajuhaittoja lieventävät hapanmaitotuotteet, viljavalmisteteet sekä maitohappobakteerit. Ohutsuoliavanneleikatun uloste on aina löysää, koska suuri osa nesteestä ei ehdi imeytyä ohutsuolessa. Ulosteen laatua on tarkkailtava ripulin varalta, koska runsas ripulointi on melko tavallinen vaiva ohutsuoliavanne- tai vastaavasti leikatuilla. Runsas ripulointi voi aiheuttaa natriumin ja joskus harvoin myös kaliumin ja magnesiumin puutetta. Ripulia voivat aiheuttaa runsas määrä tuoreita kasviksia, kuivatut hedelmät, luumut, täysjyväleivät, kahvi, raparperi, alkoholi sekä makeutusaineet. Suolen sisältöä kovettavat pastat, riisi ja banaani. Niitä tulee nauttia varovasti, jotta suoli ei menisi ummelle. (Hulten & Palsenius & Berndtsson, 2000, 9; Ravitsemusterapeuttinen Yhdistys ry, 2004, 133 – 134; Haglund ym. 2006, 239; Aapro ym. 2008, 188 – 190.)

Ohutsuolen loppuosan poisto aiheuttaa ongelmia B₁₂-vitamiinin imeytymisessä. B₁₂ -vitamiini imeytyy vain ohutsuolen loppuosassa. Tällöin vitamiinin saanti turvataan injektiona. B₁₂-vitamiinin puute aiheuttaa anemiamuotoa kutsutaan megaloblastiseksi anemiaksi, koska siinä veren punasolut ja niiden esiasheet ovat suurempia kuin normaalisti. B₁₂-vitamiinin puutoksen aiheuttamat hermosto-oireet voivat jäädä pysyviksi ja ne voivat ilmetä lihasheikkoutena sekä tunnon ja muistin häiriöinä. Ihmiselimistössä on runsaasti vettä. Aikuisessa mieheessä vettä on 50 – 70 % ja naisessa 40 – 60 %. Elimistön nesteestä 2/3 on solunsisäistä nestettä eli intrasellulaarinnestettä ja 1/3 osa solunulkoista nestettä eli ekstrasellulaarinnestettä. Soluissa neste on sitoutunut kaliumiin ja solun ulkopuolella natriumiin. Plasmassa vettä sitovat proteiinit. Jotta elimistön solut toimivat normaalisti, on solunulkoisen nesteen koostumuksen pysyttävä vakiona. Elimistö saa tietoa nestetilanteesta mm. verenpaineen ja veren ionipitoisuuksien muutoksista ja säätelee nesteiden määrää ja laatua hormonaalisesti. Merkittävässä asemassa nestetasapainon säätelyssä ovat munuaiset, hypotalamuksen jano-keskus ja erilaiset veren väkevyyttä mittaavat reseptorit. Elimistön vesitasapaino tarkoittaa sitä, että veden saanti vastaa eritystä. Nestetasapaino muodostuu ravinnon, nesteen ja erityksen yhteisvaikutuksista. Terveellä ihmisellä nämä asiat pysyvät suhteellisen hyvin tasapainossa, mutta erilaiset sairaudet voivat aiheuttaa muutoksia nesteen ja ravinnon tarpeessa. Elimistöllä on erilaisia säätelymekanismeja joiden tarkoitus on pitää hiilihydraattien, rasvojen valkuaisaineiden, veden ja elektrolyyttien määrä tasapainossa. (Bjälle ym. 1999, 394; Hyypä ym. 1997, 184; Liukkonen & Hokkanen 2003, 88; Nienstedt ym. 2006, 376 – 377, 380; Salonen 2011, 34 - 38.)

Elimistössä vettä kuluu lämmönsäätelyyn (hikoilemiseen ja haihtumiseen) ja hengitysilman kostutukseen. Lisäksi vettä poistuu virtsan ja hieman myös ulosteen mukana. Ohutsuoleen menevässä ruokasulassa on runsaasti vettä. Ohutsuolessa ravintoaineet imeytyvät elimistöön mutta neste imeytyy pääosin paksusuoleessa. Jos paksusuoli on poistettu, tai potilaalla on ohutsuoliavanne, voi nestettä poistua ulosteen mukana huomattavasti normaalitilannetta enemmän. Ohutsuoliavanneleikattujen on huolehdittava riittävästä nesteiden saannista. Suolatasapainon säätely on sidoksissa nestetasapainon säätelyyn. Kun elimistöstä poistuu natriumia, poistuu sen mukana myös vettä. Vastavasti imeytyessään natrium tuo mukanaan vettä. Suolan avulla voidaan säädellä verenpainetta ja veden liikkeitä nesteestä toiseen. Jos avanneleikattu menettää liikaa nesteitä ulosteessaan, voidaan suolaa nauttimalla lisätä veren natriumpitoisuutta ja edesauttaa näin nestetasapainon säilymistä. Suoli sopeutuu tilanteeseen vähitellen ja nesteen ja suolajon imeytyminen ohutsuolessa paranee. Sopeutumisvaihe kestää arviolta 1-2 vuotta. Päivittäisen nestemäärän tulisi olla 2000 - 3000ml. Kahvi ja tee lisäävät nesteiden poistumista elimistöstä, joten niitä ei lasketa mukaan päivittäiseen nestemäärään. Alkoholipitoisia juomia voi nauttia kohtuullisesti. Hikoilu, kuume, ripuli, oksentelu ja ohutsuolen runsas erityys lisäävät nesteen tarvetta. Tarvittaessa riittävä nesteiden saanti voidaan joutua turvaamaan iv-nesteytyksellä. Riittävä suolajon saanti voidaan turvata lisäämällä ruokaan suolaa, ja nauttimalla esimerkiksi suolaisia välipaloja. Perheellisen on hyvä muistaa, että suolan voi lisätä ruokaan vasta lautasella. Näin koko perhe ei saa ylimääräisiä suola-annoksia. (Haglund ym. 2006, 238 - 239; Karhumäki ym. 2006, 97 - 99; Nienstedt ym. 2006, 376 - 377, 380; Ravitsemusterapeuttinen Yhdistys ry, 2004, 133 - 134.)

4 SAIRAUDEN AIHEUTTAMA KRIISI

Kriisit ovat osa jokaisen ihmisen elämää. Kriisit voidaan jakaa kehityksellisiin eli elämänkriiseihin ja traumaattisiin kriiseihin. Kehityskriisit kuuluvat ihmisen normaaliin kehittymiseen mutta traumaattiset kriisit tulevat eteen äkillisesti ja odottamatta. Traumaattinen kriisi uhkaa ihmisen keskeisiä elämänarvoja ja aiheuttaa yleensä suuria muutoksia yksilön elämässä. Onnettomuus tai tieto sairaudesta voi aiheuttaa turvattomuutta ja ahdistusta sekä mahdollisesti myös taloudellisia huolia. Sosiaalista tukea on mahdollista saada esimerkiksi potilasjärjestöjen kautta. (Vilén & Leppämäki & Ekström 2008, 220.)

4.1 Kriisin vaiheet

Kriisin vaihteita ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämisvaihe ja uudelleenorientoitumisen vaihe. Kun ihminen kohtaa elämässä jonkin traumatisoivan asian, esimerkiksi sairastuu vakavasti, on seurauksena yleensä jonkinlainen psyykkinen sokki. Sokki on muuttunut tietoisuuden tila ja se voi ilmetä mm. asioiden kieltämisenä, epätavallisena suhtautumisena tai päätöksentekovaikeutena. Sokissa oleva ihminen voi kokea olevansa irrallaan elämästä, unessa. Sokissa olevaa ihmistä voi auttaa parhaiten olemala läsnä. Sokissa oleva ihminen kaipaa rauhaa ja lepoa sekä kuuntelijaa. Jos paikallaan lepääminen ei sokissa olevalle sovi, voivat tutut rutiinit auttaa. Aina ei sokissa oleva pysty huolehtimaan perustarpeistaan, joten auttajan tulee varmistaa, että nämä toteutuvat. Ohutsuoliavanneleikattu ei välttämättä heti leikkauksen jälkeen kykene tai halua hoitaa itse avannettaan, joten apu ja ohjaus ovat tärkeitä. (Vilén ym. 2008, 223 – 225.)

Sokkivaiheen jälkeen seuraa reaktiovaihe. Kun vaara tai traumaattinen tilanne on ohi, ihminen alkaa ymmärtää, mitä on tapahtunut ja reagoimaan siihen. Ihmisen mieleen nousee tuntemuksia tapahtuneesta ja pelkoa ja ajatuksia siitä, mitä olisi voinut tapahtua. Kaikki tämä voi nostaa pinnalle voimakkaita tunteita. Sokkivaiheen jälkeen tyypillisiä seurauksia ja jälkioireita ovat mm. masennus, ahdistus, univaikeudet, syyllisyys... Tällaisessa tilanteessa aktiivinen avun tarjoaminen on tärkeää, koska ihminen ei useinkaan kykene itse hakemaan apua tai ymmärtämään avuntarvetta. On tärkeää pitää tällaiseen

ihmiseen yhteyttä ja ymmärtää kaikki mahdolliset reaktiot. (Vilén ym. 2008, 225 – 226.)

Reaktiovaiheen jälkeen seuraa työstämisvaihe, jossa traumaattista kokemusta työste-tään. Työstämisvaiheessa kaoottisten tuntemusten ja ajatusten virta hidastuu ja muuttuu. Päällimmäiseksi nousee usein surua mutta tavallinen arki jatkaa kulkuaan ja kriisin kärsinyt ihminen palaa esimerkiksi töihin. Traumaattista kokemusta työstävä kärsii usein keskittymis- tai muistihäiriöistä, lyhytpinnaisuudesta ja ärtyisyydestä. Nämä vaa-tivat ymmärrystä ja jaksamista myös ympäröiviltä ihmisiltä. Surusta toipuminen vie aikaa. Työstämisvaiheeseen kuuluu tulevaisuuden ajatteleva ja uskallus nähdä siellä jotain positiivistakin. Avanneleikattu alkaa ymmärtää, että voi edelleen käydä töissä, matkustella ja harrastaa, kunhan pitää mukanaan oikeanlaisia sidostarpeita ym. (Vilén ym. 2008, 228.)

Uudelleenorientoitumisen vaihe on tapahtuneen hyväksymistä todeksi. Tapahtuneen aiheuttamiin elämänmuutoksiin sopeudutaan ja kiinnostus omaan elämään palautuu. Tässä vaiheessa ihminen kykenee taas kontrolloimaan tunteitaan ja ajatuksiaan. Tähän vaiheeseen liittyy myös kokemus siitä, että tästä kriisistä on selvitty ja tulevista krii-seistä on mahdollista selvitä myös. Uudelleenorientoitumisen vaiheessa avanneleikattu hyväksyy avanteen osaksi itseään ja jatkaa elämäänsä avanteen kanssa. Elämä jatkuu normaalina, vain ulosteen ulostulopaikka on vaihtunut. (Vilén ym. 2008, 232.)

4.2 Avanneleikatun taloudelliset etuudet

Sosiaali- ja terveysministeriö vahvistaa jokaiselle vuodelle kunnallisten sairaanhoito-maksujen maksukaton. Vuonna 2012 se on 636 €. Maksukattoon kerryttävät terveyskes-kuksen lääkäripalvelujen maksut, fysioterapiamaksut, sarjahoidon maksut, sairaalan poliklinikka maksut, päiväkirurgian maksut, lyhytaikaisen laitoshoidon maksut, yö- ja päivähoidon maksut sekä kuntoutushoidon maksut. Potilaan on itse seurattava maksu-katon kertymistä, ja säilytettävä kuitit. Maksukaton täytyttyä asiakkaan tulee pyytää asiasta todistus. Tämän jälkeen asiakas saa avohoidon palvelut pääsääntöisesti maksutta. Lyhytaikaisesta laitoshoidosta saadaan periä korkeintaan 15 € hoitopäivämaksu ja sai-raalan poliklinikkakäynnistä korkeintaan 27,50 €. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Kelalta voi hakea korvausta sairaanhoitoon hakeutumisesta aiheutuihin kuluihin. Matkakulukorvauksia voi saada myös kuntoutukseen tehtyihin matkoihin, mikäli kuntoutus perustuu Kelan tai julkisen terveydenhuollon kuntoutuspäätöksiin. Matkakulukorvaus maksetaan yleensä halvimman mahdollisen matkustustavan mukaan, ja lähimpään yksityiseen tai kunnalliseen hoitolaitokseen. Korvausta voi saada, kun yhden suuntaisen matkan kustannukset ylittävät omavastuu osuuden. Omavastuuosuus on 9,25 € yhden suuntaiselta matkalta. Koko vuoden aikana omavastuuosuus on 157,25 €. Tämän ylittävän osuuden Kela korvaa kokonaisuudessaan. (Kela b; Kela c.)

Kela voi korvata osan lääkärin määräämistä sairauden hoitoon tarpeellisista lääkkeistä ja kliinisistä ravintovalmisteista. Peruskorvaus on 42 %, alempi erityiskorvaus 72 %, ja ylempi erityiskorvaus 100 % viitehinnasta. Erityiskorvausoikeuteen tarvitaan lääkärin B lausunto, jonka perusteella Kela asian ratkaisee. (Kela a.)

Vammaistuki voidaan myöntää 16 – 64-vuotiaalle henkilölle, jonka toimintakyky on ollut alentunut vähintään vuoden. 16 vuotta täyttäneen vammaistuki voidaan myöntää sellaiselle potilaalle, jonka sairaus tai vamma on heikentänyt kykyä huolehtia itsestään, kotitaloustöistä tai työ- ja opiskelutehtävistä. Eläkettä saava henkilö voi hakea eläkkeensaajan hoitotukea (Kela d.)

Vuonna 1999 Sosiaali- ja Terveysministeriö laati yhteistyössä Kuntaliiton kanssa suosituksen hoitotarvikejakelusta pitkäaikaissairautta sairastaville. Suositusta valmisteltaessa kuultiin myös keskeisten potilasjärjestöjen edustajia. Kansanterveyslaki ei määrittele hoito- ja tarvikejakelu kunnille pakolliseksi velvollisuudeksi, mutta potilaiden omatoimisen kotona selviytymisen ja pitkällä tähtäimellä hoidosta aiheutuvien kustannusten kannalta se on kannattavaa. Suosituksessa painotettiin hoitotarvikkeiden ja –välineiden jakamisen yksilöllistä ja pitkäaikaista tarvetta (yli kolme kuukautta), sekä hoitotarvikkeiden ja –välineiden maksuttomuutta. Toimiva hoitotarvikejakelu helpottaa pitkäaikaissairaahan itsehoitoa ja edistää potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa. Tämä parantaa potilaan elämänlaatua, sekä vähentää lääkärikäyntien tarvetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Kunnilla on vapaus päättää itsenäisesti, kuinka ne hoitotarvikejakelun organisoivat. Avannesidosten jakelu on joissain kunnissa järjestetty esim. tietyinä päivinä toimivan hoitotarvikejakelun yhteyteen. Jotkut kunnat ovat voineet keskittää avannesidosten jaon alueella toimivan avannehoitajan vastaanotolle. Kunnat järjestävät myös kotiapua ja kotisairaanhoidoa niitä tarvitseville. (Coloplast 2008; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Avanneleikatuilla on oikeus tehdä verotuksessa haitta-astettaan vastaava invalidivähennys. Ohutsuoliavanneleikatuilla se on 40 - 50 %. Haitta-asteen määrittämisessä otetaan huomioon vain sairauden, vamman tai toimintavajavuuden laatu, ei yksilöllisiä olosuhteita, kuten ammattia. Vähennysoikeuteen tarvitaan lääkärin B-lausunto, josta ilmenee haitta-asteen prosentti määrä, haitan pysyvyys ja alkamisajankohta. Jos vähennysoikeutettu saa täyttä työkyvyttömyyseläkettä, katsotaan hänen haitta-asteensa olevan 100 %. Osa-aikaeläkkeellä olevalla haitta-asteen katsotaan olevan 50 %. Harkinnanvaraisesti on myös mahdollista saada veronmaksukyvyn alentumisvähennystä. Se voidaan myöntää vain suurien sairauskulujen perusteella, ja myöntämiseen vaikuttavat asiakkaan ja hänen perheensä varallisuus ja tulot. Veronmaksukyvyn alentumisvähennystä saadakseen verovelvollisen ja hänen perheensä yhteenlaskettujen sairaskustannusten tulee olla vähintään 700 ja 10 % vähennystä pyytävän verovelvollisen puhtaiden ansio- ja pääomatulojen yhteismäärästä. (Finnilco 2009; Veronmaksajain Keskusliitto ry.)

4.3 Potilasjärjestöt

Potilasjärjestöt toimivat jäsentensä edunvalvojina. Järjestöjen kautta jäsenet saavat tukea ja tietoa ja järjestöt lisäävät suuren yleisön tietoisuutta asiasta. Suomessa toimii avanne- ja vastaavasti leikattujen yhdistys Finnilco ry. Finnilco kouluttaa tuki- ja yhteyshenkilöitä avanneleikatuille. Yhdistys ajaa potilaidensa etuja ja huolehtii että jokaisella avanneleikatulla olisi samanlaiset sosiaaliset oikeudet koko maassa ja että jokaisella avanneleikatulla olisi mahdollisuus osallistua sopeutumisvalmennukseen. Merkittävä osa yhdistyksen toimintaa on tuki- ja yhteyshenkilöiden kouluttaminen. Yhdistys tarjoaa potilaille mahdollisuuden tavata sopiva tukihenkilö ennen ja/tai jälkeen leikkauksen. Koulutetut tukihenkilöt ovat vaitiolovelvollisia ja itsekin avanneleikattuja. Pyynn-

nöstä tukihenkilöt tapaavat potilaita ja auttavat avanteeseen liittyvissä kysymyksissä. Tukihenkilötoiminta on potilaalle maksutonta. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 112 - 113; Finnico 2011.)

Finnico ry järjestää yhteistyössä Raha-automaattiyhdistyksen ja Kelan kanssa sopeutumisvalmennuskursseja kaikille avanne- tai vastaavasti leikatuille, sekä heidän läheisilleen. Kurssitoiminnan tavoitteena on auttaa avanneleikattua hyväksymään elämä avanteen kanssa, sopeutumaan tilanteeseen ja hoitamaan avannettaan. Kurssilla on mahdollisuus saada luotettavaa ja ajankohtaista tietoa elämästä avanteen kanssa, neuvoja ja ohjausta. Kurssilla tapaa myös muita avanneleikattuja. Yhdistyksen järjestämät kuntoutumiskurssit on tarkoitettu työikäisille avanne- tai vastaavasti leikatuille. Kursien tarkoitus on auttaa jaksamaan fyysisesti raskaassa työssä sekä oppia ennaltaehkäisemään fyysisen rasituksen aiheuttamia ongelmia. Kurssin tarkoitus on motivoida osallistujia omaehtoiseen liikuntaan sekä käyttämään kehoaan työssään ja vapaa-ajallaan rohkeasti. Finnico järjestää aktiivisesti erilaista virkistystoimintaa jäsenilleen, kuten kerho- matkailu- ja liikuntatoimintaa. Järjestö julkaisee neljä kertaa vuodessa ilmestyvää jäsenlehteä, sekä järjestää erilaisia tiedostustilaisuuksia avanteisiin liittyen. Keskusjärjestö ylläpitää myös omia kotisivujaan osoitteessa finnico.fi. Meri- Lapin alueella toimii Finnicon jäsenyhdistys Länsi-Pohjan Ilco ry. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 98, 112 - 113; Finnico 2012.)

4.4 Ohutsuoliavanneleikatun seksuaalisuus

Seksuaalisuus on tärkeä osa ihmisyyttä. Se on läheisyyttä ja tunteita, elämistä miehenä ja naisena. Sekä parisuhteessa eläville, että yksin eläjille se on iloa ja nautintoa antava voimavara, joka edesauttaa kokonaisvaltaista hyvinvointia ja terveyttä. Toisaalta seksuaalisuus on myös ominaisuus, joka reagoi herkästi ihmisen yleiseen hyvin- ja pahoinvointiin. Ihminen on seksuaalinen olento huolimatta siitä elääkö parisuhteessa vai ei. (Kallio & Jussila 2010, 52, 55, 67.)

Oman kehon tunteminen ja arvostaminen ovat tärkeä osa seksuaalista itsetuntoa. Seksuaalisuus on herkästi haavoittuva osa ihmisen persoonallisuudessa, ja sen vuoksi sitä py-

ritään tavallisesti suojelemaan muiden torjunnalta, arvostelulta ja hyväksymättömyydeltä. Oman kehon kuvan muuttuessa oma ulkonäkö voi tuntua olevan jatkuvasti muiden tarkkailun ja arvostelun alaisena. Omaa seksuaalisuutta aletaan tällaisessa tilanteessa herkästi peitellä, etenkin jos ihminen ei kykene jakamaan estojaan edes läheisen ihmisen kanssa. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 106 – 109; Junkkari & Junkkari 2006, 136 – 139; Kallio & Jussila 2010, 50 - 52.)

Avanneleikattu joutuu käymään läpi kriisin oman kehonkuvansa muutoksesta huolimatta siitä, onko avanne leikattu suunnitellusti, vai yllättäen päivystyksellisesti. Yksityiseksi koetut asiat, kuten ulostaminen ja hygienian hoito, ovatkin yhtäkkiä asia, johon tarvitsee apua ja neuvoja. Autettavana oleminen voi tuntua nöyryyttävältä. Oma tutuksi ja turvalliseksi koettu vartalo onkin yhtäkkiä muuttunut vieraaksi asiaksi. Keho ei enää tunnukaan yksityisomaisuudelta, kun ihminen joutuu pyytämään apua intiimeissä asioissa muilta. Tilanne ei ole yhtään helpompi, vaikka avanne olisi tehty suunnitellusti vakavan sairauden parantamiseksi. Pelkkä sairastumisen aiheuttama kriisikin voi vaikuttaa seksuaalisten halujen laimenemiseen. Tilanne on normaali ja yleensä ohimenevä ilmiö. Uuden minäkuvan muotoutuminen vaatii aikaa. Se vaatii rohkeutta kohdata itsensä ja puhua asiasta kumppanin kanssa. Jokaisella on oikeus itse päättää, milloin on valmis kohtaamaan toisen ihmisen alasti. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 106 – 109; ConvaTec 2010.)

Avanteen olemassaolo ei ole este normaalille seksielämälle, mutta joitain muutoksia se voi siihen aiheuttaa. Leikkauksen jälkeen haavojen paraneminen vie aikaa, samoin kun elimistön palautuminen normaalitilaan. Leikkausalueella on kipua ja haavojen paraneminen vie aikaa. Yhdyntöjä ei tulisi aloittaa ennen kuin leikkaushaavat ovat parantuneet. Mikäli leikkauksessa on jouduttu poistamaan peräsuoli, voi perineal- haava aiheuttaa yhdyntäkipuja vielä kauan itse operaation jälkeen. Joskus kun paksusuoli joudutaan poistamaan, voi kohtu vetäytyä taaksepäin, jolloin potilas voi tuntea kipua kohdun suussa. Myös sukupuolielimiä hermottavat hermot voivat vaurioitua, mikä voi aiheuttaa tunnottomuutta emättimen ja klitoriksen alueella sekä kostumisongelmia. Yleensä avanneleikkauksen aiheuttamiin seksuaalisiin ongelmiin on olemassa hyvin yksinkertaisia ratkaisuja. Kaupoista ja apteekeista saa ostettua liukuvoiteita, jotka auttavat hyvin kostumisongelmiin. Mikäli naisella on tuntopuutoksia, voidaan mielihyvää tuottavia alueita etsiä muualta kehosta. Kipuihin voi löytyä apu kokeilemalla eri yhdyntäasentoja. Hedelmällisyyteen avanneleikkaus ei vaikuta. Naisella on edelleen mahdollista kokea nor-

maali raskaus ja synnyttää alateitse. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 106 – 111; ConvaTec 2010.)

Homoseksuaaleille miehille peräaukko on usein tärkeä seksin kannalta. Hankalaksi tilanne muuttuu, mikäli koko peräaukko joudutaan poistamaan sairauden vuoksi. Ennen leikkausta olisi tärkeä puhua leikkaavan kirurgin kanssa mahdollisuudesta säilyttää peräsuolta ja peräaukko. Mikäli nämä kuitenkin joudutaan poistamaan, ei avannetta saa missään tapauksessa käyttää peräaukon korvikkeena. Mielihyvää voi tuottaa esimerkiksi suuseksillä ja erilaisilla apuvälineillä. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 109.)

Erektiohäiriöllä tarkoitetaan sitä, että miehen penis ei kovetu tarpeeksi yhdyntään suorittamiseen. Eriasteiset erektiohäiriöt ovat tyypillisiä avanneleikatuilla miehillä heti leikkauksen jälkeen. Erektiohäiriöt eivät välttämättä johdu suoraan leikkauksesta, vaan ne voivat johtua myös sairastumisen aiheuttamasta kriisistä. Miehelle erektiokyky on tärkeä asia, joten erektiohäiriöt voivat tuntua nololta ja pelottavalta asialta. Joskus suorituspainet ja pelko itsessään voivat estää erektiokyvyn palautumista, kun mies menettää luottamuksen itseensä. Yleensä erektiohäiriöt ovat tilapäisiä, ja tilanne palautuu ennalleen ajan kanssa. Jossain tapauksissa sukupuolielimiä hermottavat hermot voivat vaurioitua osittain tai kokonaan avanneleikkauksen yhteydessä. Tämä on yleisempää paksusuoliavanneleikatuilla kuin ohutsuoliavanneleikatuilla. Tällöinkin erektiokyky voi palautua riittävän kovaksi yhdyntään. Tällaiset hermovaurioiden aiheuttamat erektiohäiriöt voivat korjaantua vielä 1 - 2 vuoden kuluessakin. Jossain tapauksissa erektiokyky voidaan menettää lopullisesti. Erektiohäiriöitä voidaan hoitaa sekä suun kautta otettavilla lääkkeillä että suoraan paisuvaiskudokseen annettavalla pistoksella. Oikean lääkeytyksen löytämiseksi joudutaan usein kokeilemaan useampia vaihtoehtoja. Mikäli lääkeytyksestä ei ole apua, voidaan miehellä asentaa kirurgisesti erektioproteesi. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 108 – 109; Finnilco 2009; ConvaTec 2010.)

5 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

Projekti on kertaluontoinen työ, hanke, joka tehdään määritellyn kertaluontoisen tuloksen aikaansaamiseksi. Mielenkiintoinen, projektia kuvaava nimi auttaa projektia saamaan huomiota ja tunnettavuutta. Projektin lähtökohtana täytyy olla konkreettinen ongelma, aito tarve projektille ja motiivi projektin tuottamiselle. (Jalava & Virtanen 1995, 136; Virtanen 2000, 79; Lööw 2002, 47; Paasivaara & Suhonen & Nikkilä 2008, 29; Pelin 2009, 388.)

Syksyllä 2010 olimme työharjoittelussa Länsi-Pohjan keskussairaalan kirurgisella osastolla 4 B. Harjoittelun aikana osallistuimme avannehoitaja Jaana Ylimäisen pitämään avannekoulutukseen. Avannekoulutus herätti meissä kiinnostuksen saada lisää tietoa avanteista ja tehdä opinnäytetyö avanteisiin liittyen. Tapasimme avannehoitaja Jaana Ylimäisen ja hän esitti pyynnön ohutsuoliavannepotilaalle suunnatusta ohjauskansiosista. Hänen mukaansa ohutsuoliavanneleikkaukset ovat viime vuosina lisääntyneet, joten tarve selkeälle ja johdonmukaiselle ohjauskansiolle oli olemassa.

5.1 Projektin tavoite ja tarkoitus

Projektin tavoite on visio projektin halutuista lopputuloksista. Projektin alkuvaiheessa lopputulosta on mahdoton tarkalleen tietää, mutta selkeä tavoite suuntaa toimintaa projektin kuluessa. Tavoitteen on oltava realistinen, ja se on luotava yhdessä asiakkaan kanssa. Tavoite ei kuitenkaan saa muodostua suunnitelmaksi, vaan sen on oltava ainoastaan mielikuva projektin kulusta. Tuotannollisessa projektissa tavoite on melko tarkasti määriteltävissä jo projektin alkuvaiheessa. Näissäkin tulee kuitenkin ottaa huomioon muutoksien mahdollisuus. (Rissanen 2003, 33, 35, 47.)

Opettaminen ja ohjaaminen ovat hoitotyön toiminnan osa-alueita. Kun ihminen sairastuu, on hänellä tarve saada tietoa omaa terveyttään koskevista asioista. Tällöin terveydenhuollon ammattilaisen tehtävä on tukea ja auttaa asiakasta parhaan tietonsa ja taitonsa mukaan. Terveydenhuollon ammattilaisen tehtävä on tarjota apuaan niin, että

asiakas mahdollisimman pian kykenee ottamaan vastuun itse terveydestään. (Lauri & Elomaa 2007, 72; Leino - Kilpi & Välimäki, 2009, 26.)

Projektimme tavoite on tuottaa käytännöllinen ohjauskansio ohutsuoliavanteesta Länsi-Pohjan Keskussairaalan avannehoitajan käyttöön. Kansio tuotetaan potilasohjauksen työvälineeksi. Kansion tarkoitus on antaa ohutsuoliavannepotilaalle tietoa elämästä ohutsuoliavanteen kanssa ja auttaa avannehoitajaa ohjauksen antamisessa. Toivomme, että ohjauskansion avulla avanneleikatut ymmärtävät, että avanteesta huolimatta he pystyvät elämään täysipainoista elämää, olemaan mukana työelämässä ja harrastamaan kuten ennenkin.

5.2 Projektin eteneminen

Projektiorganisaatio on projektin toteuttamista varten muodostettu ryhmittymä, johon kuuluvat projektin toimihenkilöt. Projekti pitää sisällään sekä ohjaavaa että toteuttavaa toimintaa. Ohjaustoiminta on osa projektin hallintaa ja välttämätön, jotta työ etenee tehokkaasti ja taloudellisesti. Ohjaus perustuu hyväksytyyn projektisuunnitelmaan, jonka pohjalta ohjaajat valvovat projektin toteutusta ja raportoivat projektin edistymisestä. Ohjauksen tehtävä on tunnistaa poikkeamat suunnitellusta, ja korjaustoimenpiteillä varmistaa tulosten saavuttaminen. (Pelin 2009, 83, 87, 315, 303, 391; Paasivaara & Suhonen & Nikkilä 2008, 106 – 109.)

Opinnäytetyön aiheen varmistuttua helmikuussa 2011 kokosimme oman projektiorganisaatiomme, johon kuuluivat Kristiina Mäki-Jokela, Kaisa Vuokila, työntilaaajan, Länsi-Pohjan Keskussairaalan, edustaja avannehoitaja Jaana Ylimäinen sekä Kemi – Tornion Ammattikorkeakoulun nimeämät ohjaajat Annette Suopajarvi ja Anja Mikkola. Projektisuunnitelmaa aloimme työstää huhtikuussa 2011. Kesän ajan asuimme eri paikkakunnilla, joten keväällä aloitettua projektisuunnitelmaa jatkettiin syksyllä ja se valmistui marraskuussa 2011. Kesällä käytimme aikaa kumpikin tahoillamme aiheen sisäistämiseen ja lähdekirjallisuuden opiskeluun. Projektisuunnitelma valmistui tammikuussa 2012.

Projektin selkeä raja on tarpeen, jotta projektin tehtävä täsmentyy. Rajauksella estetään projektin karkaaminen käsistä. Projektin laadun ja tehokkuuden kannalta selkeä raja on välttämätön. (Lööw 2002, 66; Pelin 2009, 93; Rissanen 2003, 187; Karlsson & Marttala, 63.)

Kun aloimme työstää projektia, halusimme varmistua, että työ vastaisi avannehoitajan tarpeita. Syksyllä tapasimme avannehoitajan avannepoliklinikalla ja keskustelimme kansion sisällöstä. Avannehoitaja esitti pyynnön että kansio kuvitetaan kauniilla ja rauhoittavilla kuvilla. Avannehoitaja Jaana Ylimäisen pyynnöstä rajasimme työn ulkopuolelle avanneleikkausten aiheuttamat komplikaatiot, sillä ne saattavat aiheuttaa turhaa ahdistusta ja pelkoa. Saimme häneltä käyttöömmme valtavasti avanteita käsittelevää materiaalia; kirjallisuutta, esitteitä ja DVD- tallenteen. Projektin edetessä olimme yhteydessä avannehoitajaan sähköpostitse, puhelimitse ja tapasimme avannehoitajan useita kertoja. Tapaamisissa tehtyjen muistiinpanojen pohjalta aloimme suunnitella kansion sisältöä. Opaskansio sisältää tietoa ohutsuoliavanneleikatulle potilaalle ohutsuoliavanteesta ja avanteiden sidonnasta, ihonhoidosta, ravitsemuksesta, nestetasapainosta, sosiaalietuuksista, potilasyhdistyksistä ja seksuaalisuudesta.

Työn arviointimenetelmien tulee aina olla kontekstisidonnaisia. Ennen arviointia on mietittävä mitä halutaan arvioida, ja sen jälkeen valittava tarkoituksenmukainen tapa toteuttaa arviointi. Tärkeää on huomioida kuka projektin arvioinnin suorittaa. Arviointi kohdennetaan niille henkilöille, joille projektin tuloksella on merkitystä. Mikäli halutaan arvioida projektin onnistuneisuutta ja vaikuttavuutta, arviointi suoritetaan vasta kun arvioijalla on tarpeeksi kokemusta projektin tuottamista muutoksista. Projektia voidaan arvioida myös sen toteuttamisvaiheessa. Tällöin nähdään eteneekö projekti haluttuun suuntaan niin, että sen tuloksilla on merkitystä. (Paasivaara ym. 2008, 141 - 142, 144; Jalava & Virtanen 1996, 145.)

Työstimme opinnäytetyön teoriaosuutta ja ohutsuoliavannepotilaan ohjauskansiota kevättalvella 2012. Ensimmäisen kerran saimme kansion avannehoitajan arvioitavaksi huhtikuun 2012 alussa. Avannehoitaja toimitti kansion Länsi-Pohjan Keskussairaalan kirurgiselle vuodeosastolle 4B. Osastolla hoitajat saivat vapaasti kommentoida ja arvioida kansion sisältöä ja käytännöllisyyttä. Viikon kuluttua kävimme keskustelemassa avannehoitajan kanssa kansioista ja sen saamasta palautteesta, sekä veimme avannehoi-

tajan täytettäväksi hankkeistetun opinnäytetyön arviointilomakkeen (Liite 3). Tapaamisen aikana tuli ilmi muutamia korjausehdotuksia kansion lauserakenteisiin ja sisällön järjestykseen. Arvioimme opinnäytetyön onnistumista myös itse arviointiin tarkoitetun lomakeen avulla (Liite 2). Valmiin opaskansion käytännöllisyyden arvioi avannehoitaja Jaana Ylimäinen ja koko projektin arvioivat ohjaajamme Anja Mikkola ja Annette Suopajarvi.

Projekti on hanke, jolla on oltava selkeä alku ja loppu. Kun projekti on saatu päätökseen, toimitetaan projektin aikana tuotetut lopputulokset asiakkaalle. (Rissanen 2002, 173, 207 – 208.)

Valmis ohutsuoliavannepotilaan ohjauskansio toimitetaan sekä paperisena, että sähköisenä versiona muistitikulle tallennettuna avannehoitaja Jaana Ylimäiselle. Sähköisen tallenteen ansiosta kansion sisältöä on mahdollista päivittää tarvittaessa. Ohutsuoliavanteista saadaan jatkuvasti uutta tutkimustietoa, joten päivitys mahdollisuus on tarpeellinen. Lisäksi muutoksia voi tapahtua esim. kansioissa esitetyissä puhelinnumeroissa, tai avannehoitajan vastaanottoajoissa. Valmis työ dokumentoidaan Ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto Theseukseen.

6 POHDINTA

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi ohutsuoliavannepotilaan ohjauksen, koska aihe kiinnosti meitä molempia. Halusimme perehtyä potilasohjaukseen ja oppia enemmän vakavan sairauden psyykkisistä ja fyysisistä vaikutuksista ihmiseen. Alusta asti tiesimme, että työelämälähtöinen projekti sopii meille parhaiten, sillä molemmilla oli halu tehdä opinnäytetyö, josta on todellista hyötyä käytännön työelämässä.

Opinnäytetyön tekemisen aloitimme tutustumalla projektin teoriaan ja toteutukseen. Projektin teoriasta, hoitotyöstä, anatomiasta ja fysiologiasta oli saatavilla runsaasti aineistoa, joten lähdemateriaaliin tutustuminen oli aikaa vievää. Kävimme läpi suuren määrän lähdemateriaalia ja opinnäytetyöhön valitsimme mielestämme parhaat ja kattavimmat lähteet. Jo alussa opimme suhtautumaan lähdemateriaaliin kriittisesti, koska saatavilla oli paljon epäjohdonmukaista ja vaikeasti tulkittavaa aineistoa. Projektin alku, etenkin projektisuunnitelman teko, oli meille yllättävän hankala. Työ ei tuntunut edistyvän, ja usein tuntui, että pelkälle projektisuunnitelmalle annettiin liian suuri painoarvo. Välillä tunsimme turhautumista ja ystävyyssuhteemme oli koetuksella. Suurimpana haasteena oli aikataulujen yhtensovittaminen, koska asumme ja työskentelemme eri paikkakunnilla. Kun pääsimme työstämään varsinaista opinnäytetyön teoriaosuutta, työ alkoi sujua ja tuntua mielekkäältä. Erityisesti ohjauskansion tekeminen oli innostavaa, koska siinä saimme käyttää molemmilta löytyvää luovuutta. Ohjauskansio sisältää itse kuvaamiamme valokuvia, joten pääsimme soveltamaan valinnaisella valokuvauskurssilla opittuja asioita valokuvan voimauttavasta merkityksestä. Vain avannepusseista olevat kuvat saimme avannehoitajalta.

Opinnäytetyöprosessin aikana opimme paljon sairauden vaikutuksista ihmiseen, moniammatillisesta yhteistyöstä, avanteen hoidosta ja tarkkailusta sekä potilasohjauksesta. E-oppimisen kurssilla opitut taidot auttoivat erilaisten tietokantojen hyödyntämisessä. Ohjauskansiota työstäessä opimme paljon valokuvauksesta ja kuvankäsittelystä. Ohjauskansion kuvituksessa otimme tietoisesti pienen riskin, kun valitsimme siihen vahvoja ja värikkäitä kuvia. Avannehoitaja Jaana Ylimäisen palaute ulkoasusta jännitti mutta saimme sekä ulkoasusta, että sisällöstä pelkkää positiivista palautetta. Myös itse olemme ohjauskansioon erittäin tyytyväisiä. Onnistuimme tuottamaan ohjauskansion,

joka palvelee käytännön työelämän tarpeita. Mielestämme teoriaosuudesta tuli kattava ja ymmärrettävä. Työ kokonaisuudessaan vastaa projektisuunnitelmaa.

Kansio on toteutettu avannehoitaja Jaana Ylimäisen pyynnöstä ja toiveiden mukaan. Jatkotutkimushaasteena voisi tutkia potilaiden kokemuksia ohjauksen riittävydestä ja laadusta. Virtsa-avannepotilaat voisivat myös hyötyä vastaavanlaisesta ohjauskansiosta.

LÄHTEET

Aapro, Sari & Kupiainen, Harriet & Leander, Marketta 2008. Ravitsemushoito käytännössä. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

Bjålie, Jan G. & Haug, Egil & Sand, Olav & Sjaastad, Öystein, W. & Toverud, Kari C. 1999. Ihminen, fysiologia ja anatomia. WSOY, Porvoo.

Chron ja Colitis, Avanne. Luettu 01.03.2012.

<http://www.crohnjacolitis.fi/cms/Avanne.96.0.html>

Coloplast 2008. Ohutsuoliavanne. Tietoa ja neuvoja ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen.

Coloplast 2010. Tavoitteena terve iho. Opas avanepotilaalle.

ConvaTec 2010. Avanneopas

Eloranta, Sini & Vähätalo, Mervi & Johansson, Kirsi. Avannepotilaan ohjauksessa korostuu voimavaraistuminen, Sairaanhoitaja-lehti 7.3.2008. Tulostettu 20.12.2012.

http://www.terveysportti.fi.ez.token.fi/dtk/shk/koti?p_haku=Avannepotilaan%20ohjauksessa%20korostuu%20voimavaraistuminen

Finnilco 2009. Tietoa avanteesta.

Finnilco 2012. Valtakunnallisia sopeutumisvalmennuskursseja vuonna 2012. Tulostettu 28.02.2012. <http://www.finnilco.fi/Kurssit.php>

Finnilco. Ilco- yhdistysten tavoite. Tulostettu 15.02.2012.

<http://www.finnilco.fi/Tavoite.php>.

Haglund, Berit & Huupponen, Terttu & Ventola, Anna-Liisa & Hakala-Lahtinen, Pirjo 2006. Ihmisen ravitseminen. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

Hiltunen, Erkki & Holmberg, Peter & Jyväsjärvi, Erkki & Kaikkonen Matti & Lindblom-Yläne, Sari & Nienstedt, Walter & Wähälä, Kristiina 2007. Galenos, ihmiselämä kohtaa ympäristön. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

Hulten, Leif & Palsenius, Inger & Berndtsson, Ina 2000. Sinulle, jolla on ohutsuoliavanne. ConvaTec.

Hyypä, Eeva & Latva-Mäenpää, Sirpa & Manninen, Kaija & Myllymäki, Liisa & Salo, Hannu & Medina, Aila Vallejo 1997. Sisätauti- kirurgisen hoitotyön perusteet. WSOY, Porvoo.

Höckerstedt, Krister & Färkkilä Martti & Kivilaakso, Eero & Pikkarainen, Pekka 1998. Gastroenterologia, duodecim. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Iivanainen, Ansa & Pikkarainen, Pirjo & Jauhiainen, Mari 2001. Sisätauti- kirurginen hoito ja hoitotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Hämeenlinna.

Jalava, Urpo & Virtanen, Petri 1995. Moniammatillinen projektitoiminta, avain hyvinvointipalvelujen tulevaisuuteen. Tammerpaino Oy, Tampere.

Junkkari, Kaija Maria & Junkkari, Lari 2006. Läsä ja lähellä: seksuaalinen viisaus parisuhteessa. Otava, Helsinki.

Kalinainen, Teija, 2010. IPAA-leikkauksen jälkeen, Finnlico Jäsenlehti 3/2010

Kallio, Maaret & Jussila, Taru 2010. Syvyyttä seksiin: kohti elävämpää seksuaalisuutta. Minerva, Helsinki.

Karlsson, Åke & Marttala, Anders 2002. Projektikirja. Onnistuneen projektin toteuttaminen. Kauppakaari, Helsinki.

Kansanterveyslaki 1972. 28.01.

66/1972.<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Karhumäki, Elina & Lehtonen, Mari & Nieminen, Kari & Syrjäkallio-Ylitalo, Marja 2006. Päästä varpasiin, ihmisen anatomia ja fysiologia. Edita Prima, Helsinki.

Kela, a. Lääkekorvaukset. Luettu 30.03.2012.

<http://kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/020402123907EH?OpenDocument>

Kela b Matkakorvaukset. Luettu 26.10.2011.

<http://kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/100801111809EH?OpenDocument>

Kela c. Matkakorvausten määrä ja omavastuuosuus. Luettu

30.03.2012.<http://kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/100801114105EH?OpenDocument>

Kela d. Vammaistuet ja –palvelut. Luettu 30.03.2012.

<http://kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/150801124859EH?OpenDocument>

Korte, Ritva & Rajamäki, Aira & Lukkari, Liisa & Kallio, Arja 2000. Perioperatiivinen hoito. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Kuva 1. <http://musclenet.fi.customer.axxion.fi/ruoansulatus.php>

Kuva 2. http://www.solunetti.fi/fi/histologia/ruokatorvi_1/

Kuva 3. <http://www.solunetti.fi/fi/histologia/ohutsuoli/>

Kuva 4. <http://www.zgv.nl>

Kuva 5.

<http://www.coloplast.pl/ostomycare/topics/basicinfo/howostomyiscreated/howileostomyiscreated>

Kuva 6. <http://ameba.lpt.fi/ipaa/mika.php>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Tulostettu 01.04.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lauri, Sirkka & Elomaa, Leena 2007. Hoitotieteen perusteet. WSOY, Porvoo.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2009. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Porvoo.

Liukkonen, Kirsi & Hokkanen, Ulla 2003. Avanne. AO-PAINO, Mikkeli.

Lööw, Monica 2002. Onnistunut projekti. Projektijohtamisen ja –suunnittelun käsikirja.

Nienstedt, Walter & Hänninen, Osmo & Arstila, Antti & Björkqvist, Stig-Eyrik 2006.

Ihmisen fysiologia ja anatomia. WSOY, Porvoo.

Paasivaara, Leena & Suhonen, Marjo & Nikkilä, Juhani 2008. Innostavat projektit.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.

Pelin, Risto 1999. Projektihallinnan käsikirja. Projektijohtaminen Oy Risto Pelin, Jyväskylä.

Pelin, Risto 2009. Projektihallinnan käsikirja. Projektijohtaminen Oy Risto Pelin, Jyväskylä.

Puhkala, Jatta 2008. Ohutsuoliavanne- ja j-pussileikattujen ravitseminen ja elämänlaatu. Kuopion yliopisto. Kliinisen ravitsemustieteen ja kansanterveystieteen laitos. Opinnäytetyö.

Ravitsemusterapeuttinen yhdistys ry 2004. Ravitseminen ja Ruokavalit. Vammalan Kirjapaino Oy.

Rissanen, Tapio 2002. Projektilla tulokseen. Pohjantähti, Jyväskylä.

Seikku, Laura & Remes, Veikko, Tavallisimmat aikuisten gastrointestinaaliset stomiat, Suomen Lääkärilehti 2005;60(3):265-270, haettu 01.03.2012.

http://www.terveysportti.fi.ez.token.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=ohutsuoliavanne

Sosiaali- ja terveysministeriö 30.11.2001. Selvitys terveyskeskusten hoitoväline- ja hoitotarvikejakelusta sekä kunnallisen terveydenhuollon maksukatosta. Tulostettu 12.02.2012. http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/selvitys01_21/selvitys.htm

Sosiaali- ja terveysministeriö, tiedote 17.11.2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudet asiakasmaksut voimaan 1.1.2012. Tulostettu 15.03.2012. <http://valtioneuvosto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=343193&c=0&toid=175607&moid=175630>

Sosiaali- ja terveysministeriö 09.01.2012. Terveystenhuollon maksukat. Haettu 20.02.2012.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakasmaksut/terveydenhuollon_maksukatto

Sovijärvi, Anssi & Uusitalo, Arto & Länsimies, Esko & Vuori, Ilkka 1994. Kliininen fysiologia. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Tortora, Gerard. J & Derrickson, Bryan 2006. Principles of Anatomy and Physiology. John Wiley & Sons, Inc, USA.

Ukkola, Veijo & Ahonen, Juhani & Alanko, Arto & Lehtonen, Timo & Suominen, Sinikka 2001. Kirurgia. WS Bookwell Oy, Porvoo.

Vaasan keskussairaala 2005. Kuinka sidotaan avanteita. DVD-tallenne.

Veronmaksajain keskusliitto ry. Vähennykset ansiotuloista 2012.

<http://www.veronmaksajat.fi/omatveroasiat/vahennyksetansiotulosta2012>

Vilén, Marika & Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. WSOY oppimateriaalit, Helsinki.

Vilkka, Anna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Virtanen, Petri 2000. Projektityö. WSOY, Porvoo.

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat täällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän hankkeistetun opinnäytetyön tekemisestä.

Toimeksiantaja	
Nimi	KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
Osoite	
Puh.	Sähköpostiosoite
Yhdysthenkilö/työelämäohjaaja	
Nimi	Anna Mäkelä
Osoite	
Puh.	Sähköpostiosoite
Opiskelijatietoa	
Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu	
Opinnäytetyön ohjaajan nimi	ANNE MÄKELÄ, ANNA MÄKELÄ
Nimi	
Osoite	
Puh.	Sähköpostiosoite
Opinnäytetyön tekijä(t) (nimi, koulutusohjelma, yhteystiedot)	
KAISA VUOLTA, SÄHKÖTEKNIIKAN AMK, 040 744 3649	
KEISTINA MÄKI-VUOLTA, SÄHKÖTEKNIIKAN AMK	
Opiskelijanäytettyä tehtävän opinnäytetyön tiedot:	
Opinnäytetyön nimi/aihe	OHJELMA-ANALYYSIN OHJELMAUS
Työn alkamisaika	KÄYNNÄ KÄYNNÄ 2012
Opinnäytetyöstä aiheutuviin kustannuksiin vastaa	KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU / Opinnäytetyön tekijät
Tulosten saamiseksi sovittuun	ET SAAMATTAVA

Opinnäytetyön hankkeistusta koskevat tiedot:

- ☐ Toimeksiantaja maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemisestä ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- ☐ Opinnäytetyön ohjaukseen osallistuu nimetty työelämän edustaja ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- ☒ Toimeksiantajien tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia ja tästä on sovittu kirjallisesti ennen opinnäytetyön aloittamista.

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty kappaleena, yksi jokaiselle osapuolelle.

Palkka

Aika 3.12.2012

AMK:n edustaja

Toimeksiantajan edustaja

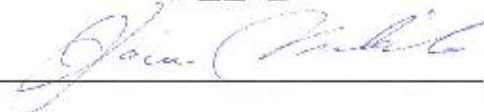
Opinnäytetyön tekijä(t)

Opiskelijan yhteystiedot	
Nimi	Kristina Mak-Jokela, Kaisa Vuokila
Ryhmä	SH 32
Osoite	-
Puh.	- -
Koulutusala ja koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyön nimi	Avainsanallaan hoito ja ohjaus, Ohutsuolievännepotilaan ohjauskansio Länsi-Pohjan Keskussairaalle

Arviointi
<p>Aiheen valinta: Valitsimme työelämälahtaisen aiheen, koska halusimme luoda jotain uutta helpottamaan käytännön hoitotyötä. Aine auttoi meitä perehtymään psyykkisen ja fyysisen sairauden vaikutuksiin.</p>
<p>Tietoperuste: Opinnäytetyön tietoperusta on erittäin laaja. Olemme käyttäneet runsaasti aineistoa liittyen ihmisen anatomiaan ja fysiologiaan, hoitotyöhön, projektin teoriaan, potilasohjaukseen ja sairauden aiheuttamaan kipuun.</p>
<p>Toteutus: Projektisuunnitelman teko oli meille hankala ja se vei aikaa mutta varsinaisen opinnäytetyön valmistus sujui.</p>
<p>Tulosten analysointi ja pohdinta: Ohjauskansiosta tuli erittäin selkeä ja visuaalisesti onnistunut.</p>
<p>Mitä ovat opinnäytetyösi keskeiset</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aasiat: Henkilökohtaisesti opinnäytetyö auttoi meitä pääsemään oppimistavoitteisiimme: opimme hoitotyöstä ja sen teoriasta, anatomista ja fysiologista ja sairauden vaikutuksista ihmiseen. Opimme myös kuinka annetaan hyvää ohjausta yksilöllisesti. Tuotoksemme auttaa hoitajia hoitotyössä antamaan selkeää ohjausta. b) Kehittämiskohteet: Innostuimme opinnäytetyön aikana potilasohjauksesta ja sairauden aiheuttamista psyykkisistä ja fyysisistä vaikutuksista. Tämän takia projektin teoria jäi vähemmälle huomiolle. Siihen olisimme voineet paneutua syvemmin.
<p>Arvioi opinnäytetyö kokonaisarvosanalla asteikolla 1-5 ja perustele arviosi:</p> <p>4 - 5. Mielestämme ohjauskansio on todella hyvin rakennettu ja kokonaisuus on selkeä ja helposti ymmärrettävä. Olemme vertanneet ohjauskansiota muihin vastaaviin ja mielestämme meidän tuotos erottuu edukseen. Myös opinnäytetyö kokonaisuudessaan vastaa suunniteltua - teoriataustat ovat selkeitä.</p> <p>Opinnäytetyöprosessiin liittyvät kehittämiskohteet ovat:</p> <p>Kalkista eniten kaipasimme selkeämpiä ja yksityiskohtaisempia ohjeita opinnäytetyön teknisiin vaatimuksiin ja ongelmien liittyen. Koulun opinnäytetyön ohjeista ei juurikaan apua ollut.</p>

Paikka Kemi

Aika 19/01 2012

Toimeksiantajana olette tarjonneet ammattikorkeakoulun opiskelija- ja opiskelijalle merkittävän ja tärkeän yrityksen työelämäin. Pyydämme arviointinne toimeksiantamastanne ja juuri valmistuneesta opinnäytetyöstä. Arviota käsitellään tukena lopullisen arvostuksen määrittelyssä.

Toimeksiantajan/ yrityksen/yhteisön nimi	L-PKS os 40
Yhteyshenkilö ja hänen asemansa	Jaana Ylimäinen / avonnetuottaja
Opinnäytetyön tekijä(t)	Kaisa Vuokila & Kristina Järvi-Johela
Opinnäytetyön nimi	Ohutselivannonpotilaan ohjauksen
Mihin yrityksen/yhteisön kehittämistehtävään/projektiin tilaamanne opinnäytetyö liittyy?	
Opastuksen tunti pre- ja postoperatiivisessa ohjauksessa ohutselivannonpotilaille	
Kokonaisarvio opinnäytetyöstä perusteluineen.	
Kansio on kattava ja hyvä	
Opinnäytetyön merkitys ja hyödynnettävyys yrityksessänne/yhteisössä.	
Kansio puuttunut ennen, tulee nyt jatkamaan lupattua potilaille	
Miten haluaisitte tulevaisuudessa kehittää yrityksenne/yhteisönne ja Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun opinnäytetöihin liittyvää yhteistyötä?	
Kaikenlaiset opastukset hyödyllisiä. Haave-asiasta kaivataan lisätyötä.	
Paikka	Aika 9.4.2012
Kemi	Jaana Ylimäinen
Toimeksiantajan/yhteyshenkilön allekirjoitus ja nimiselvennys	J. Ylimäinen

Kiitos arviostanne!

Pyydämme palauttamaan arviointilomakkeen Kemi-Tornion ammattikorkeakouluun ko. opinnäytetyön ohjaavalle opettajalle sähköpostilla, postitse tai opinnäytetyön tekijän kautta.